

# ビデオ・DVD貸出申込書

別紙1

※申込みの都度提出

申込日	平成 年 月 日	利用者番号
前回センター 利用日・ 利用種類	平成 年 月 日 相談・研修・貸出・その他 ( )	

フリガナ		利用形態	<input type="checkbox"/> 個人
申込者の氏名		性別	男・女
事業場名		事業内容	
		労働者数	約 名
所属部署		職名	
住所	〒 (自宅・勤務先)		
電話番号	— —	FAX番号	— —
E-mail			
メールレターの登録	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 登録済み	※研修案内等を無料で配信させていただきます。	

申込者の職種	<input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 産業看護職（保健師を含む） <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 人事労務担当者 <input type="checkbox"/> 衛生管理者 <input type="checkbox"/> 安全衛生担当者 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
使用目的	<input type="checkbox"/> 社内教育（管理者・一般） <input type="checkbox"/> 安全衛生委員会 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>※労働衛生コンサルタントの方等の営利を目的とした貸出はできません。</b>		
貸出方法	<input type="checkbox"/> 当センターへ来所 <input type="checkbox"/> 宅配着払い		
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日（7日間以内） （当センター発送日） （当センター到着日） ← 送付希望の場合		

	種別	区分	番号	タイトル
1	ビデオ・DVD			
2	ビデオ・DVD			
3	ビデオ・DVD			
4	ビデオ・DVD			
5	ビデオ・DVD			

※この用紙に記載された方の個人情報（貸出、メールレター（研修の案内等）の配信以外には使用いたしません。

【センター記入欄】

貸出時	来所・宅配	年 月 日	担当者	
	本人確認	運転免許証	パスポート	その他 ( )
返却時	来所・宅配	年 月 日	担当者	
	破損等の状況			

申込先	(独)労働者健康福祉機構 鹿児島産業保健推進センター 〒890-0052 鹿児島市上之園町25-1 中央ビル4階 TEL 099-252-8002 FAX 099-252-8003
-----	--