

(FAX 025(543)7110)

事業場腰痛予防支援・指導予約申込書

年 月 日

事業場		
住所	〒	
電話番号		
FAX		
担当者名	部署	氏名 様
支援内容	腰痛体操実技指導 ・日常生活における正しい姿勢と生活動作の工夫	
ご希望日時	第一希望	年 月 日 (: ~)
	第二希望	年 月 日 (: ~)
	* 予約状況によりご希望にそえない場合があります。あらかじめご了承ください。	
参加人数	名 * スタッフ1名につき40名まで	
その他 要望		

(お問合せ・申込み先)

〒942-8502 上越市東雲町1丁目7番12号

新潟労災病院 医事課ドック健診係(内線 1233)

TEL 025(543)3123 / FAX 025(543)7110