

事業への参加を希望していただける事業所の御担当者様

## 応募について以下に記入ください

送付先：岡山県備前保健所東備支所 Fax：0869-92-0100

Faxをお送りください。

(担当：武用あて)

|                         |                             |                    |         |
|-------------------------|-----------------------------|--------------------|---------|
| 企業・事業<br>所の名称           |                             | 職員数<br>(概数可)       |         |
| 所在地                     | 〒                           |                    |         |
| 電話番号                    | TEL                         |                    |         |
| 御担当者<br>氏名<br>(ふりがな)    | ( )                         | 所属部署名              |         |
|                         |                             | 電話番号<br>(上記と異なる場合) |         |
| ポスターの形<br>態、必要セッ<br>ト数等 | 紙媒体の場合(A3 サイズ)<br><br>セット必要 | 電子媒体 (PDF) の場合     | 送信先アドレス |