

転倒・腰痛防止サポーター企業 登録申込書

佐賀労働局健康安全課長 宛

(ふ り が な) ☆ 事業所名		
☆ 業 種		
☆ 所 在 地		
☆ U R L(任意)		
ご担当様	氏名	
	所属部署	
電 話 番 号		
FAX 番 号		
E メ ー ル ※必須 複数登録可、携帯可		
ホームページ掲載を希望されない場合は、チェックしてください。		<input type="checkbox"/> ホームページ掲載を希望しない

☆印の項目を、登録企業情報としてホームページに掲載します。

「転倒・腰痛防止令和プロジェクト SAGA」の趣旨に賛同し、転倒・腰痛防止対策に取り組むので、転倒・腰痛防止サポーター企業としての登録を申し込みます。

令和 年 月 日

※登録された情報は、佐賀労働局及び佐賀産業保健総合支援センターの転倒・腰痛防止サポーターへの情報提供のためにのみ使用いたします。