

フィットテストレーナー育成コース申し込み用紙】

スリーエムヘルスケア株式会社 安全衛生製品技術部 行

Fax 042-770-3565

ご注意: 申し込み期限 各回開催日 1 週間前まで
 定員になり次第受付は終了させていただきます。
 各回参加者が 10 名に満たない場合は開催を中止いたします。
 (中止の際は別途ご連絡いたします。)
 参加者名等に変更がある場合は開催 3 日前までに連絡をお願いします。

参加希望日	月 日 ()	開催場所	
貴社名			
部課名			
参加者名 (フルネーム)	代表		
ご連絡先	Tel	Fax	
	E-mail		
貴社の BCP 構築状況	計画訓練済 計画済 計画途中 計画初期 今後構築予定 構築予定無し その他 ()		
BCP 構築に おける問題点			
準備済 マスク関連製品			
準備済 マスク以外製品			
準備検討中 マスク関連製品			
準備検討中 マスク以外製品			
講習に対する ご要望			

3M 記入欄	受付日	日程	会場