



第73回 全国労働衛生週間

10月1日～7日（準備期間：9月1日～30日）

事業主各位

「全国労働衛生週間」

説明会のご案内

[共 催]

（公社）福井県労働基準協会福井支部

建設業労働災害防止協会福井県支部高志分会

陸上貨物運送事業労働災害防止協会福井県支部

（独）福井産業保健総合支援センター

«スローガン»

～ あなたの健康があつてこそ 笑顔があふれる健康職場 ～

全国労働衛生週間の実施要綱の周知徹底や労働災害の未然防止を図るため、下記のとおり説明会を開催いたしますので、貴職ならびに労働安全衛生、人事労務にかかる管理者・ご担当者の方々等幅広くご参加下さるようご案内申し上げます。

[日 時] 令和4年9月6日（火） 9：30～11：50

[会 場] ユーアイ・ふくい 福井市下六条町 14-1 ☎41-4203

[内 容]

1. 全国労働衛生週間を迎えるにあたって

福井労働基準監督署長 佐光 和夫 氏

2. 全国労働衛生週間実施要綱について

同署安全衛生課長 加藤 明 氏

3. 《特別講演》

職場のハラスメントとメンタルヘルスについて

福井産業保健総合支援センター相談員

千寿会 つくし野病院 副院長 吉田 正博 氏

「事務連絡」

定 員：150名（定員に達し次第締切ります）

申込方法：裏面申込書にて、9月1日（木）までにFAXでお申込みください。

（受付完了後、FAXで「整理番号」をお知らせします。）

参加費：会員無料

その他：感染拡大等で「中止」の場合、HPとお電話でご連絡いたします。

全国衛生週間説明会参加申込書（兼、資料請求書）

開催日：令和4年9月6日（火）

時間：9：30～11：50（開場9時）※午前の開催となります

会場：ユーアイ・ふくい 福井市下六条町14-1 Tel41-4203

ご希望の方はア、イのいずれかを選択し、事業所・ご連絡先名を記入し FAX でお申込みください

ア. 参加する

(役職) _____	(役職) _____
ご氏名 _____	ご氏名 _____
整理番号 _____	整理番号 _____

イ. 参加しないが資料希望 [希望部数 部 ※郵送は1部のみです]

☐ いずれかに☑してください

☐ ユーアイ・ふくい会場で受取る [受渡し日時 ⇒ 9月6日 9：00～11：50]

☐ 協会窓口で受取る [受渡し日時 ⇒ 9月7日以降 平日8：30～17：00]

☐ 郵送希望 ※部数に限りがあります。

□事業所・ご連絡先名

申込年月日 令和 4 年 月 日

事業場名称 _____

所在地 〒 _____

労働者数 _____ 名

担当者氏名 _____

電話番号 _____ FAX番号 _____

《参加者の皆様へ》

- ・開催日当日、整理番号が記入された本申込書をご持参ください。
- ・参加者変更の場合、職氏名を訂正してご持参ください。（連絡不要）
- ・会場では、マスク着用をお願いします
- ・新型コロナウイルス感染拡大等で開催を見合わせる場合「中止」の連絡をさせていただきます。
- ・キャンセルの場合、本申込書余白に「キャンセル」と記載して再度FAXしてください。