

全衛連発第63号
平成30年7月2日

全衛連会員機関 代表者様
総合精度管理調査参加施設 代表者様

公益社団法人 全国労働衛生団体連合会
労働衛生サービス機能評価委員会
委員長 大久保 利 晃



労働衛生サービス機能評価 「施設認定実務責任者研修会」開催のご案内

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃より労働衛生サービス機能評価認定事業にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、全衛連労働衛生サービス機能評価認定に係る評価基準の解説をテーマとする標記研修会を下記により開催いたします。

労働衛生サービス機能評価委員会では、平成28年から評価基準の見直しに着手し、この度「労働衛生サービス機能評価認定のための評価基準Ver.7」を策定いたしました。今年度より「労働衛生サービス機能評価制度」は新評価基準Ver.7で運用いたします。

本研修会は、今年度より運用開始する「労働衛生サービス機能評価基準Ver.7」の理解と適切な運用を目的としております。

今年度に申請を予定している施設、また既に認定され来年度以降に更新申請を予定している施設や、今後申請を考えている施設の皆様に広くご参加くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 開催日時：平成30年8月27日（月）13:00～17:00
2. 開催場所：三田NNビル 地下1階ホール（別紙地図参照）
東京都港区芝4-1-23 電話：03-5443-3233
JR山の手線・京浜東北線 田町駅下車 徒歩約5分
都営地下鉄三田線・浅草線 三田駅下車 徒歩約2分
3. プログラム：別紙（予定）のとおり
4. 申込方法：別紙申込書に受講者ごとに記入しFaxでお申込みください。また、お申し込みは一施設2名様までをお願いいたします。**2名様以上はご相談下さい。**

5. 申込期限：平成30年8月10日（金）

6. 受講料：10,000円（テキスト代含む、消費税別）

7. 支払方法

お申込みをいただき次第、受講票と請求書をFaxでお送りいたします。受講費用の支払いは8月20日（月）までに銀行振込でお願いいたします。振込手数料は各自でご負担ください。

8. その他

① 研修会当日、受講票を必ずご持参ください。

② 当日名刺を申し受けます。

③ 研修会の3日前以降の受講取消しについては受講料をお返しいたしかねますのでご了承ください。

④ 会場は空調の調節が出来にくく冷房が効き過ぎる場合があります。羽織るものなどをご用意ください。

9. 申込み・問い合わせ先

全衛連 労働衛生サービス機能評価委員会 事務局

〒108-0014 東京都港区芝4-11-5 田町ハラビル

公益社団法人 全国労働衛生団体連合会（全衛連）

Tel：03-5442-5934 Fax：03-5442-5937

全衛連 労働衛生サービス機能評価
平成30年度施設認定実務責任者研修会プログラム（予定）

日 時 平成30年8月27日（月）13:00～17:00

会 場 三田NNビル B1F ホール（別紙地図参照）
東京都港区芝4-1-23 電話:03 - 5443-3233

13:00	開 会
13:00	挨拶 労働衛生サービス機能評価委員会委員長 大久保 利晃
13:10	評価基準Ver.7（チェックリスト）の解説 評価基準見直し作業部会委員 森 雄一 森田 哲也 評価委員会事務局
14:30	休憩
14:40	評価基準Ver.7（チェックリスト）の解説 評価基準見直し作業部会委員 森 雄一 森田 哲也 評価委員会事務局
16:00	評価認定申請手続き・訪問調査時の書類整備等 評価委員会事務局
16:30	質疑応答と意見交換 大久保委員長・森雄一・森田哲也・事務局
17:00	閉 会

※本プログラムは現時点の予定であり、講義の時間、内容等は変更になる場合があります。

会場案内図

会場の名称 および所在地		三田NNビル B1F ホール 〒108-0014 東京都港区芝4-1-23 TEL(03)5443-3233(代)		
交通 経 路	鉄道・地下鉄	JR 山手線 京浜東北線	田町駅	徒歩約5分
		地下鉄 都営三田線 都営浅草線	三田駅 (A9出口)	徒歩約2分
案内 図				

**全衛連 労働衛生サービス機能評価
施設認定実務責任者研修会 受講申込書 [FAX用]**

[開催日：平成30年8月27日(月)]

申込ファックス番号：03-5442-5937

【HP】2018.7.6

申込年月日：平成30年 月 日

施設番号		受付NO.	
施設名			
所在地			
申請の区分	<input type="checkbox"/> 今年度申請予定 (更新・新規) <input type="checkbox"/> 2019年度申請予定 (更新・新規) <input type="checkbox"/> 2020年度申請予定 (更新・新規) <input type="checkbox"/> 今後申請を検討 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受講者氏名	フリガナ：	性別 男・女	
	e-mail： @		
所属部署 職種・役職			
連絡先 (担当者)	※連絡先(受講票・請求書送付先) Fax ： _____ Tel ： _____ ※担当者(いずれかにチェック) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 窓口： 部署名 _____ 氏名 _____		
受講料	10,000円/名(消費税別)		

* 受講申込を受付後、受講票と請求書をFAXにて送付します。

* 受講料は、8月20日までにお振り込みください。

個人情報に関する取扱いについて同意のうえご記入ください。

個人情報の利用目的

施設認定実務責任者研修会受講申込に際し取得した皆様の氏名、部署、連絡先等の個人情報は、施設認定実務責任者研修会に関して必要がある場合のみ使用いたします。同意欄にチェックをお願いします。

同意する 同意しない

〈個人情報に関わる苦情・相談窓口〉

個人情報保護管理者(兼 苦情・相談窓口責任者)：山田 修市

電話 03-5442-5934

(公社) 全国労働衛生団体連合会