



FAX: 093-602-6707

産業医科大学アイソトープ研究センター 宛

**放射線業務者のための教育訓練講習会 参加申込書**

(平成29年10月10日(火)開催用)

**申込期限 平成29年9月19日(火) 17:00**

以下にご記入の上、産業医科大学アイソトープ研究センターまでFAXにて送信をお願いします。なお、ご連絡頂きました個人情報は、本講習会に関するご連絡および、今後開催する同様の講習会のご連絡に利用する場合があります。

1. 個人情報への同意※      はい      いいえ  
2. 参加講習会の種類※  
新規講習会(8:50~16:10)  
再教育講習会(11:10~15:00、密封放射性同位元素や放射線発生装置使用者用)  
再教育講習会(13:05~16:10、非密封放射性同位元素使用者用)  
3. 事業所名※

4. 所属(部署名)※

(学生の方は、右記  に $\blacktriangledown$ 点をご記入下さい。→ : 学生である。)

5. 氏名※

6. 所属先住所※ 〒      —

7. 所属先電話番号※

8. 所属先FAX

9. E-mail※:

10. 領収書の発行(領収書は、受講当日お渡致します。領収書の宛名は請求書の送付先となります。)

: 必要      : 必要なし

11. その他(ご質問・要望等がございましたらご記入下さい。)

----- 以下は、請求書送付先が上記住所等(4~6)と異なる場合のみ、ご記入下さい。-----

12. 請求書および案内状送付先

1) 住所 〒

2) 所属(部署名)

3) 氏名

※の箇所は必ずご記入下さい。