

FAX:03-5684-3077

メール:kosyu@nustec.or.jp

医療機関の放射線業務従事者のための放射線障害防止法講習会
(平成29年 9 月 2 日(東京会場))
ー 改正法取入れの準備 ー
受講申込書(お1人1枚でお願いします。)

平成 年 月 日

下記のとおり受講を申し込みます。

医療機関名 _____

所在地 〒 _____

ご受講者名 _____ ご受講者所属先名 _____

連絡先電話番号 _____ F A X 番 号*1 _____

ご受講者 E-mail _____

*1 : 受付完了のご連絡をFAXにてお送り致しますので、FAX 番号を必ずご記入ください。

受講料金お支払い方法 ☐ にチェックを入れてください。

☐ 銀行振込(8,000 円) 振込期限:8 月 25 日 振込先は受講決定のお知らせに記載します。

* 金融機関のご利用控えをもって領収書に代えさせていただきます。

(当日現金支払いに限り領収証を発行いたします。)

* 振込期限を過ぎた場合は、当日現金(10,000 円) でお支払いください。

☐ 当日現金(10,000 円)

領収書宛名: ☐ 医療機関名、☐ 受講者名、☐ その他: ()

備考欄

質疑・応答で取り上げて欲しい事柄等 (書ききれない場合は、別紙でも可)
(日常の業務等でお困りのこと、疑問に思っていること等)

※お申込みいただいたお名前等の個人情報は、受講確認および今後の講習会ご案内以外の目的には使用いたしません。

今後、講習会のご案内が不要な場合は、次にチェックをいれてください。 ☐ 案内不要