

**FAX:03-5684-3077**

講習日 R1.8.17

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  
(令和元年8月17日(大阪会場))  
— 放射線業務従事者の安全管理 —  
受講申込書(お1人1枚でお願いします。)

令和 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	〒		
ふりがな 受講者名		所属先名	
T E L		F A X	*1 <input type="checkbox"/> 受付完了の連絡を FAX で希望
Eメールアドレス			

\*1:受付完了のご連絡をメールにて送付いたします。FAXにて送付希望の場合は、にチェックを入れてください。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9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