

令和元年度青森県「原子力災害医療に関する研修」 参加申込書

公益財団法人 原子力安全研究協会 放射線災害医療研究所 平嶋
〒105-0004 東京都港区新橋5丁目18番7号
FAX : 03-5470-1978

選択制としておりますので、以下のコースからお選びください(☑を入れて下さい)		
<input type="checkbox"/> 基礎研修+実践研修(避難退域時検査及び簡易除染)		
<input type="checkbox"/> 基礎研修+実践研修(安定ヨウ素剤等)		
<input type="checkbox"/> その他(1研修のみ受講を希望される場合) (<input type="checkbox"/> 基礎研修 <input type="checkbox"/> 実践研修(避難退域時検査及び簡易除染) <input type="checkbox"/> 実践研修(安定ヨウ素剤等))		
(ふりがな) 申込者氏名:	年齢: 歳	性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
所属機関:		
部署:	役職・職種:	
勤務先住所:(〒 -)		
勤務先 電話番号:	FAX番号:	
E-mail:		
原子力災害時(原子力防災訓練)における職務内容:		
放射線、原子力災害に関する研修等の参加経験の有無:	有	無

◎必要事項を記入の上、上記宛先までFAXにてお送り下さい。(9月26日(木)×切)

◎申込締め切り後に、折り返し参加登録票をFAXにてお送りいたしますので、太線枠内(特にFAX番号)は可能な限りご記入下さい。

◎同組織で複数名のお申込みがある場合は、本紙を複写の上、ご記入いただきますようお願いいたします。

◎ご記入いただきました個人情報は、当研修会以外には使用いたしません。