令元年度青森県「原子力災害医療に関する研修（医療機関の対応）」
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　あて
〒105-0004　東京都港区新橋5丁目18番1号
FAX：03-5470-1978

（ふりがな） 申込者氏名	性別：□男性 □女性
年代：　・20歳未満　・20歳代　・30歳代　・40歳代　・50歳代　・60歳代　・70歳以上	
所属機関：	
部署：	役職：
職種：　・医師　・看護師　・保健師　・薬剤師　・診療放射線技師　・臨床検査技師 ・地方公共団体職員　・海上保安官　・自衛官　・警察官　・消防士　・救急救命士 ・事務職員　・その他（　　）	
勤務先住所：（〒　　－　　）	
連絡先（勤務先）：　電話番号： E-mail：	FAX番号：
職務内容：	
原子力災害時の役割：	
放射線、原子力災害に関する研修会、講習会等の参加経験の有無	・有　・無

◎必要事項を記入の上、FAX又はE-mailにてお送り下さい。（10月24日(木)〆切）
◎申込締め切り後に、参加登録の連絡をいたしますので、連絡先（FAX、E-mail）を必ずご記入ください。
◎ご記入いただきました個人情報は、当研修会業務以外には使用いたしません。