FAX ： 06-6262-6525　　2012 N

平成 24 年度 放射線取扱主任者試験受験者に対するサポートシステム申込書

下記の通り受講を申込みます

平成　　年　　月　　日

＊受講番号	受　講　者　氏　名	年　令
	ふりがな	才
	メールアドレス：	
自宅住所	〒　　－　　電話　　（　　） Fax.　　（　　） （マンション・アパート名　：　　号室）	
勤務先名及び所属	勤務先名 所　　属	
勤務先所在地	〒　　－　　電話　　（　　） Fax.　　（　　）	
申込担当者および所属（ご本人申込の場合不要）	氏名　　電話　　（　　） Fax.　　（　　） 所属	

（必ず指定してください）

・演習問題送付先	□ 自宅	・	□ 勤務先
〃	□ 本人宛	・	□ 申込担当者宛
・請求書送付先	□ 自宅	・	□ 勤務先
・請求書宛名	□ 受講者名	・	□ 勤務先名

注）１．上記申込書に楷書で必要事項及び該当する□の中に✓をご記入下さい。
　　２．＊受講番号は記入しないで下さい。
　　３．２名以上申し込みの場合は申込書をコピーして下さい。