

受講番号

定期講習受講申込書

平成 年 月 日

文部科学大臣登録定期講習機関

財団法人 電子科学研究所 殿

下記の通り放射線同位元素等による放射線障害の防止に関する法律に規定する定期講習の受講を申込みます。

受講者氏名			ふりがな		
自宅住所	〒				
連絡先	E-mail address		電話番号及びFAX		
生年月日 / 性別	西暦	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
放射線取扱主任者選任の有無	<input type="checkbox"/> 選任 選任された日付(年 月 日) <input type="checkbox"/> 非選任				
選任事業所	名称				
	所在地	〒			
免状・免許証の種類	放射線取扱主任者 <input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 その他 <input type="checkbox"/> 医師免許又は歯科医師免許 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許 <input type="checkbox"/> 免状又は免許を所有していない				
免状・免許証の番号					
受講の種別及び受講料	前回に電子科学研究所で定期講習を受講した有無 受講有の場合は(修了証番号:)6桁を記入			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 許可届出使用者(密封・非密封線源、放射線発生装置)			14,000円	15,000円
	<input type="checkbox"/> 許可届出使用者(密封線源限定)			13,000円	14,000円
	<input type="checkbox"/> 届出販売業者又は届出賃貸業者(販売・賃貸)			12,000円	13,000円
受講希望	開催日	平成 年 月 日			
	場所	<input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 広島 <input type="checkbox"/> 福岡			
受講の理由	<input type="checkbox"/> 法令により定期講習の受講が義務付けられているため。				
	<input type="checkbox"/> 定期講習受講後に選任の予定のため。				
	<input type="checkbox"/> 放射線取扱者に対する教育訓練の一環として				
	<input type="checkbox"/> その他()				

申込者			所属部課名		
事業所名称					
事業所所在地	〒				
電話番号/FAX	TEL	()	FAX	()	

- 上記欄に楷書で必要事項及び該当する口の中に✓をご記入下さい。
- 受講番号欄は記入しないで下さい。
- 同封書類：身分証明証(顔写真付運転免許証等)及び放射線取扱主任者又は医師免許等のコピー1部を同封して下さい。
(前回、(財)電子科学研究所主催の定期講習を受講された方は、その修了証のコピー)