

定期講習受講申込書

平成 年 月 日

一般財団法人 電子科学研究所 殿

下記のとおり放射性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	第 号		
受講の種別及び受講料	前回、電子科学研究所主催の定期講習を受講した有無 受講有の場合は(修了証番号:)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される予定のため		
	<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 ()	

1. 所定の欄に必要事項を楷書で記入し、該当する口の中に✓を入れて下さい。
非選任の方は、選任事業所欄に勤務先の名称と所在地を記入してください。
2. 受講番号欄は記入しないで下さい。
3. 同封書類： 身分証明書(運転免許証等の顔写真付のもので現住所の確認ができるもの)のコピーと放射線取扱主任者免状(又は医師免許等)のコピーを各1部同封して下さい。前回(一財)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のみ1部同封して下さい。

受講料の振込みについて

お振り込みいただく銀行、振込依頼人名、及び振込予定日をご記入下さい。

<p><u>金融機関名</u></p> <p><u>振込依頼人名</u></p> <p><u>振込日予定日</u> (年 月 日)</p>		<p>振込先</p> <p>三菱東京UFJ銀行 <small>ニッポンイテ</small> 日本一支店</p> <p>普通預金 4542155</p> <p><small>ザイ デン シ カ ガクケンキュウシヨ</small> 一財) 電子科学研究所</p>
---	---	---

※ 振込期限：受講日の7日前までにお振込みをお願いします

[ご質問欄]

放射線管理業務等でお困りの事、不明な事があればご記入下さい。定期講習でご説明致します。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....