

FAX : 06-6262-6525

平成 29 年度 第 1 種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し込みます。

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 () 所属 Fax. ()	

【必ずご指定下さい】 ①～③について、それぞれ□に✓をご記入下さい。

① 演習問題の送付先

<input type="checkbox"/> 自宅
<input type="checkbox"/> 勤務先
└ <input type="checkbox"/> 本人宛
└ <input type="checkbox"/> 申込担当者宛

② 請求書の送付先

<input type="checkbox"/> 自宅
<input type="checkbox"/> 勤務先
└ <input type="checkbox"/> 本人宛
└ <input type="checkbox"/> 申込担当者宛

③ 請求書の宛名

<input type="checkbox"/> 受講者名
<input type="checkbox"/> 勤務先名

《アンケート》 29年度の放射線取扱主任者試験の受験の予定を教えてください。

- 第1種を受験する 第2種を受験する 受験はしない
- └ 初めての受験 初めての受験
- └ 受験歴 有 受験歴 有

- 注) 1. 上記申込書に楷書で必要事項をご記入下さい。
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御使用下さい。