

## 第 7 9 回 アイソトープ基礎技術入門講習会受講申込書

受付年月日	受付番号
-------	------

事業所名 <small>(申込者が事業所の場合)</small>					
所在地又は 申込者の住所	郵便番号 -				
申込責任者 又は申込者	(ふりがな) 氏名		所属部課		
	電話 -		(内線 ) Fax -		

受講番号	(ふりがな) 受講者氏名	年令	* 性別	勤務先名 (部課まで)	備考	
					個人宛資料 送付希望先	(会員番号)
			男・女			
			男・女			
			男・女			
			男・女			
			男・女			
			男・女			

上記のとおり受講を申し込みます。

平成      年      月      日

申込者又は申込責任者名

日本アイソトープ協会      御 中

- 注 1. 印の欄には記入しないで下さい。\*印の欄は該当の文字を で囲んでください。  
受講者本人、もしくは所属機関において、日本アイソトープ協会会員として登録されている場合は、備考欄に会員番号をご記入下さい。
2. 受講料等を事業所で支払う場合はその「事業所名」を記入してください。
3. 受講についての連絡、資料の送付等は申込者が事業所の場合は申込責任者に一括して行います。
4. 受講決定後に受講のご案内、請求書等を別途送付いたします。
5. 本申込書の送付先

113-8941 東京都文京区本駒込2-28-45  
日本アイソトープ協会 研修課  
Fax 03-5395-8053  
E-mail [kensyu@jrias.or.jp](mailto:kensyu@jrias.or.jp)