

放射線障害防止教育訓練講習申込書

西暦 年 月 日

(公社) 日本アイソトープ協会 御中

下記のとおり講習の実施を申し込みます。

事業所名			
所在地	〒		
	Tel :		
申込責任者	所属		
	氏名		
事務担当者	所属		
	氏名		
	Tel :		
	Mail :		
講習料請求先			
支払責任者			
実施日	第1希望		第2希望
	年 月 日 ()		年 月 日 ()
	:	~	:
講義内容	課目	講義時間	講義順
	1. 放射線の人体に与える影響	___ 分	
	2. 放射性同位元素等又は放射線発生装置の安全取扱い	___ 分	
	3. 放射線障害の防止に関する法令	___ 分	
	4. その他 (希望の講義科目を記入)	___ 分	
	(イ)	___ 分	
	(ロ)	___ 分	
	(ハ)	___ 分	
講習会場			<input type="checkbox"/> 講習会場への順路、 入構手続きの添付
受講者数	新規教育	名	再教育
			名
<講義内容の参考のため、使用方法・使用核種(機器)などをお知らせください>			