

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 :										
担当者	所属										
	氏名										
	Tel :										
	Mail :										
請求書宛名	<原則、「事業所名 御中」となります。指定がある場合は記入してください>										
実施日	第1希望	年 月 日 ()			:	~	:				
	第2希望	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			
<プログラムが複雑な場合は別紙でプログラムを添付してください>											
講習会場	<対面の場合：講習会場の記入と会場への順路、入構手続きの添付をしてください> <オンラインの場合：使用するシステムを記入してください>										
受講者	新規教育：約 名 再教育：約 名										
<講義内容の参考のため、受講者情報、使用方法・使用核種(機器)、希望する講義内容などをお知らせください>											

(事務局使用欄)

講師	講義数	旅費	依頼日	通知日	備考1	備考2	備考3	備考4	備考5	備考6
		有・無	/	/	有・無	/	/			