佐賀県原子力災害医療研修
（原子力災害時の医療）
参加申込書

公益財団法人　原子力安全研究協会　放射線災害医療研究所　成田　あて
〒105-0004　東京都港区新橋5丁目18番7号
FAX：03-6809-2270
メール：naritak@nsra.or.jp

（ふりがな） 申込者氏名	性別：□男性 □女性
年代：・20歳未満　・20歳代　・30歳代　・40歳代　・50歳代　・60歳代　・70歳以上	
部署：	役職：
職種：・医師　・看護師　・保健師　・薬剤師　・診療放射線技師　・臨床検査技師　・病院事務職員 ・その他（　　）	
連絡先（勤務先）：電話番号：　FAX番号： E-mail：	
原子力防災訓練参加の有無：　・R6年度　・R5年度　・R4年度以前　・無	
放射線、原子力災害に関する研修会、講習会等の参加の有無：　・有　・無	
原子力災害時の役割：	
講義でお聞きになりたい事項：	
備考：	

◎必要事項を記入の上、FAX又はE-mailにてお送り下さい。（1月17日(金)AM〆切）

◎申込締め切り後に、回答の連絡をいたしますので、連絡先（FAX、E-mail）を必ずご記入ください。

◎ご記入いただきました個人情報は、当研修業務以外には使用いたしません。