

医療放射線防護連絡協議会 御中

FAX. 03-5978-6434

E-mail jarpm@chive.ocn.ne.jp

平成27年 月 日

参 加 申 込 書

平成27年度 医療放射線安全管理講習会

下記のとおり参加を申し込みます。

会場名:(○で囲んでください)

1. 東京会場 :平成27年10月16日(金)

2. 京都会場 :平成27年11月 8日(日)

所属団体名

住 所 (〒)

電話番号

FAX番号

参加者氏名/E-メール	部署名

支払方法:できるだけ当日現金でお払いください。

振込希望の場合は、該当番号を○で囲んでください。

	1. 銀行振込	2. 郵便振替
銀行名	みずほ銀行駒込支店	—
口座番号	普) 1383416	00170-3-651070
口座名	医療放射線防護連絡協議会	同左

通信欄(質問等)