

放射線教育受講申込書

1. 受講希望日

 令和 ____年__月__日 令和 ____年__月 第__週 頃

2. 受講場所と教育の種類

ご希望の受講場所と教育の種類にチェックしてください。

受講場所	ア・イ・ウ教育		a教育 (約2時間)
	新規 (約7時間)	再教育 (約2時間)	
<input type="checkbox"/> 東京営業所 ※月1回開催 (開催日はお問い合わせください) (千葉県柏市)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 大阪営業所 ※随時開催 (大阪府吹田市)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 玄海事業所 ※随時開催 (佐賀県松浦郡玄海町)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 申込者

会社名 _____

所在地 〒 _____

TEL _____

FAX _____

E-mail _____

御担当者名 _____

教育人数 _____ 名

本申込書を「受講場所」までFAX送信ください。日時等調整のため弊社担当よりご連絡いたします。
定員等によりご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

(申込書送付先) 東京営業所 TEL: 04-7141-1321 FAX: 04-7141-1323
大阪営業所 TEL: 06-6384-6730 FAX: 06-6384-7059
玄海事業所 TEL: 0955-52-6432 FAX: 0955-52-3175