

国立保健医療科学院
生活環境研究部 宛
351-0197 埼玉県和光市南2-3-6
FAX : 048-458-6270
E-mail : *****@*****

参加申込書

ご参加の場合は必要事項をご記入の上、8月12日(金)迄にFAXまたは郵送、E-mailにてご返信ください。

◎ 第15回放射線事故医療研究会

(会費 : 2,000 円) [参加 ・ 不参加]
[放射線事故医療研究会 会員 ・ 非会員]

◎ 懇親会

(会費 : 3,000 円) [参加 ・ 不参加]

(ふりがな) _____ (「ふりがな」は、必ずご記入願います。)

氏 名 : _____

所属機関名称 : _____

所属機関住所 : (〒 _____ - _____) _____

電 話 : _____ FAX : _____

E-mail : _____

※ご自宅をご連絡先とされる場合は、以下にご記入ください。

自宅住所 : (〒 _____ - _____) _____

電 話 : _____ FAX : _____

E-mail : _____

【ご連絡欄】

※ご記入いただいた個人情報は、本研究会及び当該道府県での被ばく医療に関する業務以外には使用いたしません。