

第69回 放射線看護課程 申込書

申込 平成 年 月 日

(ふりがな) 申込者氏名	印		性別	この欄は記入しないで ください。		
			男・女			
生年月日	昭和 年 月 日生	満 才	受 付	NO.	判定	
現住所	〒					電話() (-)
勤務先	所属機関名	E-mail アドレス				
	所在地	〒				
職歴 注(1)						
職務内容 注(2)						
受講理由 注(3)	(本人) (所属機関)					
放射線、RIに 関する研修歴 注(4)						
資格等 注(5)						
宿泊・通勤関係 (○印をつけて下さい)	a. 研究交流施設に入居を希望 b. 入居希望だが満室の場合はホテル等から通勤する c. 自宅・ホテル等から通勤する			申 込 履 歴		
				<input type="checkbox"/> あり	第 回放射線看護課程	
				<input type="checkbox"/> なし		
平成 年 月 日						
上記の者の受講を申し込みます。						
所属機関名 注(6) 所属長 氏 名						
印						

※記載にあたっては記載上の注意を参照のこと。

【送付先】 〒263-8555 千葉市稲毛区穴川4-9-1

放射線医学総合研究所 人材育成・交流課 人材育成係

電話(直通)043-206-3048

FAX 043-251-7819

e-mail training@nirs.go.jp

◎記載上の注意

- (1) は、RI又は放射線に関する職歴についてあれば記入して下さい。(なければ記入しなくて結構です)
- (2) は、現在の職務内容を記入して下さい。
- (3) は、申込者本人としての理由、所属機関としての理由を記入して下さい。
- (4) は、放射線に関わる研修等関係の研修歴を記入して下さい。
(なければ記入しなくて結構です)
- (5) は、看護師、准看護師、保健師等の資格を記入して下さい。
- (6) は、代表者のほか、申込者直属の部課長等でもけっこうです。その際は、看護部長等の肩書きを「所属長」の行に記入して下さい。
なお、無職の者又は所属機関等と関係なく受講希望する者は記入を要しません。