

FAX (03) 3660-0200

申込日 平成 年 月 日

**粒子線がん治療に関する人材育成セミナー（専門コース）**  
**申 込 書**

|   |        |  |
|---|--------|--|
| (フリガナ)                                      |        |  |
| お名前   |        |  |
| ご所属   |        |  |
| 職 種   |        |  |
| 住 所   | 〒 -    |  |
| 電話番号  | TEL    |  |
|   | FAX    |  |
| Eメール  |        |  |
| 特記事項  |        |  |
| ※学生割引をご希望の方は所属学校名をご記入の上、<br>右記に○印をお願いいたします。 | はい・いいえ |  |

支払い方法

- 当日支払い(領収書発行 有・無 )  
 事前振込み(請求書発行 有・無 )  
※学生割引希望の際は、学校名を記入の上、学生割引金額をお支払いください。  
※事前振込みの際の手数料はお客様負担でお願い致します。



公益財団法人 医用原子力技術研究振興財団  
〒103-0001  
東京都中央区日本橋小伝馬町 7-16 ニッケイビル 5階  
TEL : (03) 5645-2230