

FAX (03) 3660-0200

申込日 令和 年 月 日

粒子線がん治療に関する人材育成セミナー（入門コース）
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、右記に○印をお願いいたします。 | はい・いいえ |
| 一般財団法人 医学物理士認定機構の認定番号を明記した修了証明書を希望します。 (当日、本人確認にご協力をお願いします。) | はい・いいえ |
| 支払い方法 | |
| <input type="checkbox"/> 当日支払い(領収書発行 有・無) <input type="checkbox"/> 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。 ※当日のお支払いは現金のみとなりますので宜しくお願いします。 | |



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