

FAX 番号 : 03 - 5442 - 5937

肺がんCT検診認定技師更新講習会 受講申込書

[研修会開催日 : 平成 30 年 2 月 16 日 (金)]

申込年月日 : 平成 年 月 日

施設番号 (5桁)						※受付 No.	
フリガナ							□ 性別 男 ・ 女
受講者氏名							
勤務先名							
所属部署名							
勤務先所在地	〒						
連絡先 (担当者)	※連絡先(受講票・請求書送付先) Fax : _____ Tel : _____ ※担当者(いずれかにチェック) □ 本人 □ 窓口 : _____ 部署名 _____ 氏名 _____						
受講料 ※昼食代込み	12,420 円 / 1名 (税込) 昼食 (お弁当付き)						
お申込み	・ 申込期限 : 平成 30 年 1 月 30 日						

- * お申込みは、ファックスにて一人一枚でお願いします。
- * 受講を受け付けましたら、受講票と請求書をファックスにて送付します。
- * 受講料は、請求書が届きましたらお振り込みください。

個人情報に関する取扱いについて同意のうえ申込みください。 □ 同意する

(1) 個人情報の利用目的

本研修会に参加申込に際し取得した皆様の氏名、職種、連絡先等の個人情報の利用目的は、研修会の運営するうえでの問い合わせや、研修会参加者に送付する受講票、修了証の発行にのみ使用いたします。

(2) 個人情報提供の任意性

個人情報のご提供は任意です。ただし、必要な個人情報をご提供されない場合には、上記利用目的の業務を履行できないことご了承ください。

〈個人情報に関わる苦情・相談窓口〉 公益社団法人 全国労働衛生団体連合会 電話 03-5442-5934