年　　月　　日

内部被ばく検査申込書（一般お受付用）

お 名 前	生年月日	年 齢
ふりがな	西暦 年　　月　　日	歳

ご 住 所	電話番号
〒	

身 長	体 重	性 別
※小数点以下は四捨五入。 cm	※小数点以下は四捨五入。 Kg	男　・　女

お手数ですが、以下質問にお答えください。

● 当センターをどこで知りましたか？

☐ 新 聞　☐ テレビ　☐ ラジオ　☐ ご家族、ご友人からのご紹介
☐ Twitter　☐ Facebook　☐ ホームページ　☐ 当センターからのお知らせ
☐ 検索エンジン（Google・Bing・Yahoo・その他）　☐ お勤め先からのご案内
☐ その他（　　）

● 当センターからのお知らせをお送りしてもよろしいですか？

☐ はい（ 郵送 ・ メール ）　☐ いいえ

● 内部被ばく検査の次回ご希望月をご記入ください。 ※検査終了後でもかまいません。
当センターよりご希望月前月にお知らせをお送りいたします。

【次回ご希望月】 ＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月　☐ 希望しない

【お知らせ方法】 いずれかよりお選びください。

☐ ハガキ郵送　☐ 上記ご住所に同じ
☐ その他 〔〒　　〕

☐ メール送信（携帯・PC どちらも可）

アドレス ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

当センターでは、検査結果に対してその良否に関する判定や、医療行為と判断される恐れのある行為などは一切行いません。

〈当センター使用欄〉

お 会 計　￥

受 付	会 計	検 査	説 明