

年 月 日

内部被ばく検査申込書（企業様お受付用）

企業名		電話番号	
所在地	〒		

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