

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	歳
		年 月 日	
ご 住 所		電話番号	
〒			
身 長	体 重	性 別	
※小数点以下は四捨五入。	※小数点以下は四捨五入。	男 ・ 女	
cm	Kg		

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