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
cm	Kg	男　・　女

※「身長」と「体重」の小数点以下は四捨五入でご記入ください。

お手数ですが、以下アンケートにご協力ください。
当センターをどこで知りましたか？

☐ 新 聞　☐ テレビ　☐ チラシ　☐ ご家族、ご友人からの紹介
☐ 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）　☐ 会社からの案内
☐ その他（　　）

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