**研修課程申込フォーマット**

必要事項をご入力いただき、メール添付でお送りください。

送付先：共創推進部 人財・交流課

送付先アドレス：[kenshu@qst.go.jp](mailto:mailtokenshu@qst.go.jp)

**申込コース注意事項**

※１ コースにより学生の方に【受講料無料、または割引制度】があります。申し込み時の提出書類等、募集要項・案内をご確認ください。

※２ 「放射線防護のための管理・計測コース」「放射線防護のための生命科学コース」「放射線規制に関する法令アドバンスコース」にお申し込みの学生の方へ：受講理由欄に「所属機関の最寄り駅、もしくはバス停」と「飛行機利用希望の有無」のご入力をお願いいたします。

※３ 「放射線事故初動セミナー」「国民保護CRテロ初動セミナー」にお申込みの方へ：同一組織から複数名申し込まれる場合は、受講理由欄に必ず「推薦順位〇位」と入力をお願いいたします。

＊は必須項目です。

■申込コース＊(研修課程名)

■基本情報

氏名＊

ふりがな＊

年齢＊ 満 　 歳

性別

E-mailアドレス＊(携帯アドレス不可)

■所属先情報

所属機関名＊

部課名または学部・学科名

郵便番号＊　〒

所在地住所＊

電話番号＊

緊急時連絡先電話番号＊

所属長名（※ご所属長あての結果通知が必要な場合のみ、ご記入ください）

所属長役職

結果通知送付先（※所属先以外へ送付希望の場合のみ、ご記入ください。）

宛名

住所 〒

■その他の情報

職歴と職務内容＊(詳細をご入力ください)

職種＊ 該当するものを〇で囲んでください↓

診療放射線技師、消防、警察、海上保安、自衛隊、教育、研究、行政、放射線管理、医師、歯科医師、獣医師、看護師、保健師、薬剤師、学部学生、院生、その他（　　　　）

受講理由＊（詳細をご入力ください)

(※申込コース注意事項をご参照ください)

研修歴

資格等

過去の申込履歴 有・無

■宿舎利用(ご希望に添えない場合もあります)

研究交流施設（宿舎）利用＊該当するものを〇で囲んでください→　利用する　　利用しない

※利用するに〇を付けた方はご宿泊ご利用期間の日付のみご入力ください（時間は変更できません）

チェックイン　月　　日　15時～チェックアウト　月　　日　　9時