

FAX送信



公益財団法人

震災復興支援 放射能対策研究所

Research Institute of Radiation for Disaster recovery support

〒963-8202

福島県石川郡平田村大字上蓬田字大隅30

TEL0247-57-5012

内部被ばく検査 (ホールボディカウンタ) 申込書

必要事項をご記入の上、送信下さい

送信先: 0247-57-5006

お申込み日から日程調整のご連絡まで数ヶ月お時間がかかる場合がございます。あらかじめご了承ください。

申し込み日 年 月 日

フリガナ				
氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住所	〒 -	〒 -	〒 -	〒 -
生年月日	満 歳	満 歳	満 歳	満 歳
電話番号 (携帯電話可)	() -	() -	() -	() -
FAX番号	() -	() -	() -	() -

日程調整のご連絡を差し上げる方の氏名の口に をお願いいたします。

交通
案内

