

平成29年度 RI 講習会申込書

2017 Application Form for Radiation Safety Education Course

太枠内に、黒のボールペンでご記入ください。該当欄に☑をつけてください。

Please fill in with a black ball-point pen, and check ☑ appropriate boxes.

受講希望講習会 Course		希望日 Date of Choice (同一受付期間内の日付を記入)	必要添付書類 Submitted Documents		
R I	<input type="checkbox"/> 講義 Lecture <input type="checkbox"/> 日本語 Japanese <input type="checkbox"/> 英語 English	第1希望 1st choice 講義- /	<input type="checkbox"/> 身分証明書のコピー ※申込書裏面へ Copy of ID card (to be attached to the back of this form) <input type="checkbox"/> その他 (申込方法提出書類参照) Others <input type="checkbox"/> 後日提出 (書類:)		
		第2希望 2nd choice 講義- /			
	<input type="checkbox"/> 実習 Practice	第1希望 1st choice 実習- /	<input type="checkbox"/> 身分証明書のコピー ※講義と実習の両方を受講する場合は、1部提出。 <input type="checkbox"/> 健康診断の結果のコピー Copy of Medical Examination results <input type="checkbox"/> 問診 Oral Interviews <input type="checkbox"/> 血液・皮膚・眼 Blood, Skin, and Eyes <input type="checkbox"/> その他 (申込方法提出書類参照) <input type="checkbox"/> 後日提出 (書類:)		実験衣サイズ: <input type="checkbox"/> 3L <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M Size of Lab Coat 個人被ばく線量計: <input type="checkbox"/> 交付済 <input type="checkbox"/> 未交付 Personal Dosimeter Issued Not-Issued
		第2希望 2nd choice 実習- /			
		第3希望 3rd choice 実習- /			
		実習- /			

* 申し込む前に、必ず申込方法及び諸注意事項をお読みください。申込書はコピー又はホームページからダウンロードすることもできます。
Be sure to verify the application procedure and the notices before making an application. This application form can be copied or downloaded from the website.

** 希望日が定員になった場合、第2・3希望日又はその他の日の受講となります。後日送付する「受講案内」で決定した受講日を確認してください。
If your first choice is unavailable, you will be assigned to the second or third choice, or sometimes to another date. Please check the date of your lecture and practice via e-mail sent from the office.

フリガナ								Date of Birth				
申込者氏名 Name (Family First & Middle)								西暦	年	月	日生	
								(Year)	(Month)	(Date)		
職員証 学生証 No. Staff or Student ID No.								職員8桁 学生9桁	男	・	女	
								Male			Female	
所属 Affiliation	学部/研究科 School / Graduate School				研究所(センター)/病院 Research Institute (Center) / Hospital			学科/専攻 Department	コース/分野 Course / Sub Department			
								部門/講座 Division	研究室 Laboratory			
	内線 (Telephone#): _____							FAX: _____				
	E-mail: _____											
身分 Position	<input type="checkbox"/> 職員 Staff (職名)			<input type="checkbox"/> 大学院生 Graduate Student (学年)			<input type="checkbox"/> 学部学生 Undergraduate (学年 <input type="checkbox"/> G30)			<input type="checkbox"/> 研究生/その他 Research Student / Other (身分)		
研究室責任者氏名印 Supervisor's Name and Seal	(印)											
外国人 Non-Japanese National (外国籍の方のみ記入)	Nationality: Japanese skill <input type="checkbox"/> Fluent <input type="checkbox"/> A little <input type="checkbox"/> Not at all											
受講理由 Reason for Application	<input type="checkbox"/> アイソトープを使用する実験を行うため To conduct experiments using radioisotopes. <input type="checkbox"/> アイソトープ取扱に関する知識を得るため To gain knowledge about the safe handling of radioisotopes. <input type="checkbox"/> その他 Others []											
備考 Note												
センター記入 For officer's use only												

〈申込書裏面〉

身分証明書の貼付（必須） Copy of ID card

■名古屋大学に籍があることを証明する書類を枠内に貼付してください。コピーは白黒可。

※申込時に身分証明書が発行されていない場合は、入手次第コピーを提出してください。