

個人線量測定サービス申込書

申込年月日 年 月 日

印 紙
200円

私は個人線量測定サービス規約(個線協・技針001-1990)を承認のうえ、モニタリングサービスの申し込みをいたします。

お 申 込 先	事業所 名 称	フリガナ		
	ご住所	フリガナ		
		〒 都・道 市・区 府・県 町・村		
		フリガナ		
	担当者	フリガナ	電 話	
		FAX		

ご 請 求 先	事業所 名 称	フリガナ		
	ご住所	フリガナ		
		〒 都・道 市・区 府・県 町・村		
		フリガナ		
	担当者	フリガナ	電 話	
		FAX		

申込期間	西暦20 年 月 1 日から1年間	お申込人数	人
ご使用周期	1 カ 月	お支払方法	前払い
モニタの種類 件数・単価	モニタの種類 FX ・ FS ・ NS ・ ()	件	期間単価 (年間)
	モニタの種類 FX ・ FS ・ NS ・ ()	件	期間単価 (年間)
該当する項目にレ点 をつけてください	☐ 国保、健康保険組合 ☐ 社会保険の病院、診療所 ☐ 公益法人（財団、社団等） ☐ その他医療団体 ☐ 公共企業（公団等） ☐ 会社（ ☐ 医療施設 ☐ 工場、製作 所） ☐ 一般病院 ☐ 動物病院 ☐ 医院、クリニック、診療所 ☐ 医療法人 ・学校法人（ ☐ 医療施設 ☐ 医療以外） ☐ その他		

ご 使 用 者 名	姓	名	性別	生年月日(西暦)	モニタの種類	装着部位
	フリガナ		男・ 女	19 年 月 日		胸・腹・頭 手・その他
	職 種	医師・看護師・診療放射線技師・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他				
	フリガナ		男・ 女	19 年 月 日		胸・腹・頭 手・その他
	職 種	医師・看護師・診療放射線技師・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他				
	フリガナ		男・ 女	19 年 月 日		胸・腹・頭 手・その他
	職 種	医師・看護師・診療放射線技師・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他				
	フリガナ		男・ 女	19 年 月 日		胸・腹・頭 手・その他
	職 種	医師・看護師・診療放射線技師・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士・獣医師・その他				
	フリガナ		男・ 女	19 年 月 日		胸・腹・頭 手・その他

ガラスバッジWebサービス (無 償)	ご使用者の追加・中止など変更手続きができます。 ガラスバッジWebサービスのご登録をご希望の場合は、別途お申込書が必要となります。 お申込書は弊社ホームページからダウンロードし、ご利用ください。 http://www.c-technol.co.jp
------------------------	--

代理店名		確 認		登 録		受 付	
取扱店名							

* モニタ・報告書のお届け先がお申込先と異なる場合は、別途最寄の営業所までお知らせください。