

個人放射線被ばく線量測定サービス申込書【記入例】

印紙
200円

私は個人放射線被ばく線量測定サービス規約を承認のうえ、ガラスバッジサービスの申し込みをいたします。

お申込先	フリガナ	チヨダイイン ホウシャセンカ		
	事業所名称	千代田医院 放射線科		
	フリガナ	トウキョウト ブンキョウク ユシマ		
	〒113-8681	東京	都	道
ご住所	フリガナ	チヨダオチャノミズビル		
	1-7-12	千代田	市	区
	1-7-12	千代田	市	区
	1-7-12	千代田	市	区
担当者	フリガナ	チヨダ タロウ	電話	03-3816-5210
	千代田 太郎	印	FAX	03-5803-4890
ご請求先	フリガナ	チヨダイイン ケイリカ		
	事業所名称	千代田医院 経理課		
	フリガナ	同上		
	〒	同上	都	道
ご住所	フリガナ	同上		
	同上	同上		
担当者	フリガナ	チヨダ ハナコ	電話	03-3816-2931
	千代田 花子		FAX	

姓	名	性別	生年月日(西暦)	型式	装着部位
フリガナ	チヨダ	男	1964年11月8日	FX	胸・腹・頭 手・その他
千代田	太郎	男	1964年11月8日	FX	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・臨床工学技士・その他				
フリガナ	チヨダ	男	1979年8月20日	FX	胸・腹・頭 手・その他
千代田	花子	男	1979年8月20日	FX	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・臨床工学技士・その他				
フリガナ	チヨダ	男	1982年6月27日	FX	胸・腹・頭 手・その他
千代田	愛	男	1982年6月27日	FX	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・臨床工学技士・その他				
フリガナ		男	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・臨床工学技士・その他				
フリガナ		男	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・臨床工学技士・その他				

申込期間	西暦2020年4月1日から1年間	お申込人数	3人
ご使用周期	1ヵ月	お支払方法	前払い
線量計の種類 件数・単価	型式 FX・FS・NS・()	3件	期間単価 (年間) 20,440 一件単価 (1ヵ月) 1,720
	型式 FX・FS・NS・()	件	期間単価 (年間) 一件単価 (1ヵ月)
該当する項目にシ点を付けてください	<input type="checkbox"/> 国保、健康保険組合 <input type="checkbox"/> 社会保険の病院、診療所 <input type="checkbox"/> 公益法人(財団、社団等) <input type="checkbox"/> その他医療団体 <input type="checkbox"/> 公共企業(公団等)・会社(医療施設、工場、製作所) <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 動物病院 <input checked="" type="checkbox"/> 医院、クリニック、診療所 <input type="checkbox"/> 医療法人・学校法人(医療施設、医療以外) <input type="checkbox"/> 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サービスは、弊社ホームページからお申込みいただけます。 [ホームページURL] http://www.c-technol.co.jp/
-----------------------	--

代理店名		確	登	受
取扱店名		認	録	付

* 線量計・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。

個人放射線被ばく線量測定サービス申込書

申込年月日 年 月 日

印紙
200円

私は個人放射線被ばく線量測定サービス規約を承認のうえ、ガラスバッジ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	〒	都・道 府・県	市・区 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	〒	都・道 府・県	市・区 町・村
		フリガナ		
担当者	フリガナ	電話		
		FAX		

ご使用者名	姓	名	性別	生年月日(西暦)	型式	装着部位
	フリガナ		男・女	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・臨床工学技士・その他				
	フリガナ		男・女	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・臨床工学技士・その他				
	フリガナ		男・女	年 月 日		胸・腹・頭 手・その他
ご使用者名	姓	名	性別	生年月日(西暦)	型式	装着部位
	フリガナ		男・女	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・臨床工学技士・その他				
	フリガナ		男・女	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・臨床工学技士・その他				
	フリガナ		男・女	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・臨床工学技士・その他					

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
線量計の種類 件数・単価	型式 FX・FS・NS・()	件	期間単価 (年間)
	型式 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	<input type="checkbox"/> 国保、健康保険組合 <input type="checkbox"/> 社会保険の病院、診療所 <input type="checkbox"/> 公益法人(財団、社団等) <input type="checkbox"/> その他医療団体 <input type="checkbox"/> 公共企業(公団等)・会社(医療施設 工場、製作所) <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 動物病院 <input type="checkbox"/> 医院、クリニック、診療所 <input type="checkbox"/> 医療法人・学校法人(医療施設 医療以外) <input type="checkbox"/> 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サービスは、弊社ホームページからお申込みいただけます。 [ホームページURL] http://www.c-technol.co.jp/
-----------------------	--

代理店名		確認		登録		受付	
取扱店名							

* 線量計・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。

別紙 個人放射線被ばく線量測定サービス申込書（線量計お届け先・報告書お届け先）

線量計お届け先	事業所名称	フリガナ		
	ご住所	フリガナ		
		〒	都・道府・県	市・区町・村
	担当者	フリガナ	電話	
		FAX		
報告書お届け先	事業所名称	フリガナ		
	ご住所	フリガナ		
		〒	都・道府・県	市・区町・村
	担当者	フリガナ	電話	
		FAX		

* 線量計・報告書のお届け先がお申込先と異なる場合にご記入ください。

代理店名		確認		登録		受付	
取扱店名							