**送信先 ： 結核予防会研修担当**

**事業部普及広報課　本田 〆切令和2年2月21日（金）必着**

**E-mail:hhonda@jatahq.org**

**FAX:03-3292-9208**

公益財団法人日本対がん協会・公益財団法人結核予防会共催

令和元年度診療放射線技師研修会　**参加申込書**

**勤務先名**

**（支部名　　　　　　　　　　支部）**結核予防会支部の方はご記入ください。

**勤務先住所　〒**

**ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ**

**E-Mail**

**担当者部署　　　　　　　　　　　　担当者名**

**参加者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **所属部署** |  |  |
|  |
| **（ふりがな）**  **氏　　　名** | **(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )** | |

**結核研究所宿舎申込み　　（　する　　・　しない　　）**

★結核研究所研修宿舎のご利用希望の方は別紙宿舎利用案内をよくお読みのうえ、

お申込みください。

問い合わせ：結核予防会事業部普及広報課　本田　ＴＥＬ　０３－３２９２－９２８8

**研修宿舎　利用申込書**

**(令和2年3月11日～13日開催　令和元年度診療放射線技師研修会）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  利用者氏名 | | 結核研究所宿舎　　宿泊希望日に**○印** | | | |
| 10日(火) | 11日（水） | 12日（木） |  |
| **(　　　　　　　　　　　　　　　 )** | 男  ・  女 | ※前泊 |  |  |  |

勤務先名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属部署

（勤務先ＴＥＬ　　　　　－　　　　　　　　－　　　　　　　）

利用期間　チェックイン　　　３　月　　日（　）

前泊希望の場合記入　→　**（宿舎到着予定　　時　　分頃）**

宿舎受付は17：00～19：00の2時間のみになります。

チェックアウト　　３　月 １３ 日（金）**宿泊数　　　泊**

【宿泊中の緊急連絡先】ご本人様以外、勤務先電話以外でお願いします。

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　）

電　話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（平日8:30～17:00以外の時間帯でつながるところ）

※　**前泊**を希望される前に必ずお読みください。

・　結核研究所研修宿舎**チェックインは、17時～19時までの2時間のみ**となります。それ以外の時間は職員が不在ですので建物内に入ることはできません。時間内にお越しください。

・ 宿舎までは清瀬駅からも時間がかかりますので、交通機関の遅延等を考えて余裕を持ってお越しください。

当日の交通事情により**19時を過ぎる場合には必ず宿舎管理人に19時前までにご連絡**ください。

（19時を過ぎての時間外にお越しになった場合は宿泊が出来ません。業務の都合等で到着時刻が未定の場合は、前泊のお申込みはご遠慮ください。また、連絡のない場合はキャンセル料をいただきますのでご了承ください。）