

放射線アドバイザー派遣申込書(一般用)

(公社)茨城原子力協議会 放射線アドバイザー派遣 係
 FAX 029-283-0526 E-mail: jigyou@ibagen.or.jp

必要事項を記入、選択してください。(※印は必須項目です)			
1. 団体等の名称※			
2. 団体等の代表者※			
3. 連絡先	住所※	〒 -	
	担当者氏名※		
	電話番号※		
	FAX		
	メールアドレス※		
4. 会合名			
5. 開催日時※	第1希望	平成 年 月 日()	時 分～ 時 分
	第2希望	平成 年 月 日()	時 分～ 時 分
	講義時間が開催時間と異なる場合のみご記入ください		時 分～ 時 分
6. 希望テーマ <small>(特に知りたい内容等がありましたら記入願います。)</small>			
7. 聴講対象と人数※	1. 人数 (名)※		
	2. 性別 男性(割) 女性(割)		
	3. 年齢 <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代		
8. 会場名※			
会場の住所	〒 -		
会場の電話番号			
9. 機材等※ <small>(ご用意ができるものについてチェックをお願いします。)</small>	<input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> パソコン(PowerPointが使用できるもの) <input type="checkbox"/> すべてなし		
10. アンケート	放射線アドバイザーの派遣をお知りになった理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 茨城県のホームページ <input type="checkbox"/> 市町村広報紙 <input type="checkbox"/> 市町村ホームページ <input type="checkbox"/> 原子力科学館ホームページ <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> その他[具体的に記入してください] ()		