

エレクタ(株)トレーニングセンター 行

FAX No. : 03-6436-4231

トレーニングご参加申込書

- ◆ スケジュールをダウンロード（【スケジュールはこちら】ボタンをクリック）してご確認の上、そちらに記載されている中からご希望のコースをお選びいただき、以下に必要事項をご記入ください。
- ◆ 実習用マシン台数の都合上一回の参加人数には限りがあるため、受付順にご参加を確約させていただいております。随時皆様からのお申し込みを受け付けておりますので、ご案内中に満席となる場合がございます。その際は第二希望以下のご希望日程で調整させていただきますので、予めご了承ください。

第一希望

コースNo.

コース名

第二希望

コースNo.

コース名

ご施設名

:

所属

:

ふりがな

:

ご参加者氏名

:

修了証書等準備の都合上、
必ずフルネームの記載をお願い申し上げます。

電話番号

:

(

)

-

内線

職 務

:

医師・診療放射線技師・医学物理士・その他(

)

E-Mailアドレス

:

希望受講方法

:

1. トレーニングセンターで受講希望

2. オンラインで受講希望

希望受講方法に、○をつけてお選びください。