

核物質管理センター 事業推進室 行
FAX: 03-3834-5217

申込日 年 月 日

2024年度 保障措置セミナー 参加申込書

会社名 _____
(〒 -)

住 所 _____

フリガナ
連絡者氏名 _____ 電話 _____ ()

連絡者所属 _____

*受付	セミナー名	参加者氏名(フリガナ)	所 属 ・ 役 職 名	備 考
例	基礎コース (第1回) (希望する開催回数をご記入下さい)	□□□□ ○○○ (▽▽▽▽ ◇◇◇)	○○課・○○主任	
	基礎コース (第__回)			
	基礎コース (第__回)			
	基礎コース (第__回)			

*記載不要

個人情報保護法を踏まえ、参加費の徴収、出欠の確認に利用します。本セミナー終了後1年間は、参加者の把握など今後の開催の参考とするため、組織名(会社名、所属)を保管させていただきますが、その他の情報については、すべてシュレッダーによる廃棄(電子データについてはディスクから削除)いたします。また、第三者に渡すことはいたしません。