

個人放射線被ばく線量測定サービス申込書

ペイ ペッツサポートデスク 行

個人放射線被ばく線量測定サービス規約を承認のうえ、個人放射線被ばく線量測定サービスの申込みをいたします。

※ 太枠内の項目にご記入をお願いいたします。

病院名	フリガナ		
院長名	フリガナ (印)		
住所	フリガナ		フリガナ
	都・道 府・県	市・区 町・村	
電話番号		FAX	

サービス開始日	西暦 20 年 月 1 日から
使用周期	1ヶ月
主体	動物病院 ・ その他()

(注)型式欄:使用するガラスバッジの型式に○をつけてください。
 装着部位欄
 ガラスバッジ:男性は胸、女性は腹を選び○で囲んでください。
 頭頸部用ガラスバッジをご希望の方は頭を○で囲んでください。
 ガラスリング:手を○で囲んでください。

使用者名簿								
個人コード	姓	名	性別	生年月日	職種	型式	装着部位	
フリガナ			男・女	西暦 年 月 日	獣医師 その他	ガラスバッジ (FX) ガラスリング (JQ)	胸・腹・頭 手	
フリガナ			男・女	西暦 年 月 日	獣医師 その他	ガラスバッジ (FX) ガラスリング (JQ)	胸・腹・頭 手	
フリガナ			男・女	西暦 年 月 日	獣医師 その他	ガラスバッジ (FX) ガラスリング (JQ)	胸・腹・頭 手	
フリガナ			男・女	西暦 年 月 日	獣医師 その他	ガラスバッジ (FX) ガラスリング (JQ)	胸・腹・頭 手	
フリガナ			男・女	西暦 年 月 日	獣医師 その他	ガラスバッジ (FX) ガラスリング (JQ)	胸・腹・頭 手	
フリガナ			男・女	西暦 年 月 日	獣医師 その他	ガラスバッジ (FX) ガラスリング (JQ)	胸・腹・頭 手	
フリガナ			男・女	西暦 年 月 日	獣医師 その他	ガラスバッジ (FX) ガラスリング (JQ)	胸・腹・頭 手	

<千代田テクノル記入欄>

お客様コード	グループ名	代理店コード	確認	登録	受付
		D000000119101			
		申込開始日 20 年 月 1日			

〒537-0025
 大阪府大阪市東成区中道3-8-11 NKビル4階
 ペイ ペッツサポートデスク
 TEL: 0120-757-252
 FAX: 06-6971-9981