**マイクロX線CT講習会　参加申込**

申込日：2023年　　月　　日

|  |
| --- |
| 日　　 時：2023年7月5日（水）場　　 所：佐賀県立九州シンクロトロン光研究センター　〒841-0005　佐賀県鳥栖市弥生が丘八丁目7番地申 込 期 限：2023年6月9日（金）提　 出　 先：メール（sagalsevent@saga-ls.jp）にてお申し込みください。提 出 様 式：参加申込書（本用紙）、利用申込書（別紙） |

1. 基本的事項欄　(1)～(9)の各項目に必要事項を記入又はチェックしてください。

|  |
| --- |
| 記　入　内　容 |
| (1) 代表者氏名 | （フリガナ） | (2)年 齢 |  | (3)性 別 | [ ] 男　・　[ ] 女 |
| (4) 所　　　　属 | （機関名）  |
| （研究科・専攻等、又は部署名） |
| （所在地）〒 |
| (5) 職　　　　名 |  |
| (6) E-mailアドレス |  |
| (7) 電話番号（常時連絡可能） |  |
| (8) 今年度、当研究センターでの放射線業務従事者登録の有無（申込時点）**※** | [ ] 有　　・　　[ ] 無（　　月　　日までに登録予定） |
| (9) 学生教育研究災害傷害保険加入の有無（参加者に学生の方がいる場合）**※** | [ ] 有　　・　　[ ] 無（　　月　　日までに加入予定）怪我の補償、物品の損害賠償に備え、加入が必須です。 |

※（8）放射線業務従事者登録については、参加者すべての方について実習日10日前（6月23日（金）まで）の登録申請が必要となります。詳細はHP（ <https://www.saga-ls.jp/main/13.html> ）をご確認ください。

2. 宿泊・弁当欄　「要」か「不要」にチェックしてください。チェックがない場合、「不要」とさせていただきます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日　程 | 宿泊（2,000円／泊） | 弁当（昼食）（400円／食） |
| 7月4日（火）　※前泊 | [ ] 要　・　[ ] 不要 | ― |
| 7月5日（水）　※後泊 | [ ] 要　・　[ ] 不要 | [ ] 要　・　[ ] 不要 |

【問合せ先】

公益財団法人佐賀県産業振興機構　九州シンクロトロン光研究センター　利用企画課

E-mail：sagalsevent@saga-ls.jp　TEL：0942-83-5017　FAX：0942-83-5196

※　ご記入いただいた情報は、名簿及び修了者のデータベースの作成用以外には使用いたしません。