

ルミネスバッジ等申込書(記入例)

別紙「個人線量測定サービス規約」および「個人情報の取り扱いについて」の全条項に同意の上、以下の通り申込いたします。

→ ☒ 同意します

(同意いただけない場合は申込みをお受けできませんのでご注意ください。)

群馬県保険医協会

〒371-0023 群馬県前橋市本町2-15-10 前橋フコク生命ビル8F
TEL:027-220-1125 FAX:027-220-1126

太枠欄内へのご記入後、FAXにて保険医協会へ送付をお願いいたします。FAX:027-220-1126

申込日: 2025 年 4 月 1 日		42990		事業所番号		所属		
送付先	郵便番号		所在地	フリガナ				
	123	4567	40文字以内	イバラキケンツクバシ ナガセビル				
			茨城県つくば市1-1 ナガセビル3F					
事業所名	フリガナ		ナガセクリニック					
	14文字以内		長	瀬	ク	リ	ニ	ツ
担当	フリガナ		ナガセ タロウ				TEL	111-111-1111
	16文字以内		長瀬 太郎				FAX	222-222-2222

【お申込書記入方法】

- 申込書記入前に、必ず別紙(サービス規約等)をご確認の上、□に✓を記入してください。
- 太枠内の全てをご記入ください。
なお、バッジの着用は1ヶ月毎になります。(着用開始日は毎月1日となります)
- 着用者氏名: ご着用者の氏名およびフリガナを記入してください。
- 着用するバッジタイプと着用部位に□に✓を記入してください。
基本部位は男性は胸部、女性は腹部になります。
なお、含鉛防護衣の着衣により不均等被ばくとなる方は基本部位に加えて、頭頸部バッジの着用が必要です。
- 職種欄には下記の中から当てはまる職種の記号を記入してください。
D: 医師 E: 放射線技師 N: 看護師 A: 医療助手 H: 歯科衛生士 P: 教員 R: 研究員 T: 技術員 W: 工員 O: その他
- 口座振替をご希望される場合は備考欄の□に✓を記入してください。
初回バッジ送付時に、口座振替用紙をお送りいたします。

着用開始日 2025 年 4 月 1 日		契約は着用開始日より1年間とし、以後1年間の自動更新となります。本紙はお申込書の控えとしてお手元に保管ください。							
個人番号	フリガナ(16文字以内) 氏名(8文字以内)	性別	生年月日 西暦(4桁) 月 日			職種	バッジタイプ	着用部位	備考
	ナガセ タロウ 長瀬 太郎	男 女	1970	6	1	D	☒ SG ☐ R ☐ VL	☒ 胸 ☐ 右指 ☐ 右眼 ☐ 腹 ☐ 左指 ☐ 左眼 ☒ 頭	
	ナガセ ハナコ 長瀬 花子	男 女	1985	4	1	N	☒ SG ☐ R ☐ VL	☐ 胸 ☐ 右指 ☐ 右眼 ☒ 腹 ☐ 左指 ☐ 左眼 ☒ 頭	
		男 女					☐ SG ☐ R ☐ VL	☐ 胸 ☐ 右指 ☐ 右眼 ☐ 腹 ☐ 左指 ☐ 左眼 ☐ 頭	
		男 女					☐ SG ☐ R ☐ VL	☐ 胸 ☐ 右指 ☐ 右眼 ☐ 腹 ☐ 左指 ☐ 左眼 ☐ 頭	
		男 女					☐ SG ☐ R ☐ VL	☐ 胸 ☐ 右指 ☐ 右眼 ☐ 腹 ☐ 左指 ☐ 左眼 ☐ 頭	
備考	☒ 口座振替希望								

機関コード	出荷番号			CH	CM	PM	
測定料 SG@	周期	<	>	E			