

令和4年度 胃X線検査精度管理調査 参加申込書

(精度管理調査参加施設用)

この申込書を全衛連事務局宛に送付(FAX可)してください。

申込日	令和4年 月 日			
コード番号				
施設の名称				
住所	〒 —			
施設・部門の責任者	所属	役職	氏名	
担当者	所属	役職	氏名	
担当部署連絡先	電話: — —		FAX: — —	
	mail:			

令和4年度胃X線検査精度管理調査の実施要項に同意し参加を申込ます。

画像・帳票の送付先	〒108-0014 東京都港区芝 4-11-5 田町ハラビル5階 公益社団法人 全国労働衛生団体連合会 電話：03-5442-5934		
参加費用の払込方法	1. 銀行振込 2. 郵便振替	払込予定日	月 日
参加費用の振込先	銀行口座振込の場合 ◆ 口座名 公益社団法人 全国労働衛生団体連合会 ◆ 銀行名 三菱UFJ銀行 本店 ◆ 口座番号 普通預金 7648714 又は、郵便振替口座の場合 ◆ 口座名 公益社団法人 全国労働衛生団体連合会 ◆ 口座番号 00100-6-126266 参加費用の請求は、このご案内をもって代えさせていただきます。 領収書につきましては、銀行等の振込証明書をもって代えさせていただきます。		
参加費用	¥60,500- (消費税込、本体価格 ¥55,000)		

参加申込期限 令和4年 10月 31日(月)
 参加費用振込期限 令和4年 11月 30日(水)
 画像などの提出期限 令和5年 1月 13日(金)

個人情報に関する取扱いについて同意のうえ申込みください。

個人情報の利用目的

当精度管理調査に参加申込に際し取得した皆様の氏名、職種、連絡先等の個人情報の利用目的は、精度管理調査の運営するうえでの問い合わせのために使用いたします。本人の同意なく第三者に提供することはありません。

同意する。 同意しない。

〈個人情報に関わる苦情・相談窓口〉

個人情報保護管理者(兼 苦情・相談窓口責任者): 山田 修市 電話 03-5442-5934