



令和7年度 原子力災害対策要員研修(全国版) 受講申込書

別添 1

こちらのQRコードからも
お申込みいただけます。

申込日:2025/ /

このフォームは Acrbat Reader で入力、保存が可能です。保存したファイルを電子メールにて youin01@nsra.or.jp までお送りください。
ファクシミリをご利用の場合は、03-6809-2270 までお送り下さい。

1.受講者について(申込者ごとにご記入下さい)

開 催 日			
開 催 地			
ふ り が な		氏名は受講証明書に使用しますので、誤記のないようご記入ください。	
氏 名		また、ふりがな、氏名とも苗字と名前の間に全角スペースを入れてください(半角不可)。	
所属機関名			
部 署 名			
役 職 名			
所 在 地	〒		
電子メール			
電 話 番 号		F A X	

2.申込担当者連絡先(受講者と異なる場合はご記入ください)

担当者氏名		部 署 名	
電子メール			
電 話 番 号		F A X	

3.確認事項

カリキュラム5以降からの受講を希望する。 (本研修の e-ラーニングを修了した方のみ)	希望する
--	------

申 込 先:公益財団法人原子力安全研究協会放射線災害医療研究所 担当:豊満、天野
電子メール:youin01@nsra.or.jp (FAX:03-6809-2270)

お申込みに際して入手した個人情報、本研修以外の目的には使用いたしません。

なお、ご記入いただきました 氏名、所属機関名、部署名及び役職名により、受講者名簿を作成し、受講者に配付させていただきます。

受講者氏名					
1.業務経験等					
◎原子力防災業務経験期間	1年未満	3年未満	5年未満	5年以上	
◎原子力災害対策要員研修受講の有無	ある		ない		
◎原子力防災基礎研修受講の有無					
今年度受講する	今年度受講した	昨年度受講した	一昨年度以前受講した	受講したことがない	
◎原子力防災訓練参加経験の有無					
今年度参加する	今年度参加した	昨年度参加した	一昨年度以前参加した	参加したことがない	
2.原子力災害時の役割(最もあてはまるものを一つ選択してください)					
①官邸チーム要員		②ERCチーム要員		③OFC 要員	
④道府県・市町村の災害対策本部要員			⑤道府県・市町村の現地災害対策本部要員		
⑥モニタリング(EMC)要員			⑦実動(現場活動)要員		
⑧特になし		⑨わからない		⑩その他)	
(上記①～⑤の場合には、担当する機能班または役割の詳細をご記入ください。)					
例:総括班、住民安全班、放射線班、広報担当、医療担当 など					
3.原子力防災活動を行う上で、わからないこと、知りたいこと、ご要望等がありましたら、ご記入ください。					
4.防災訓練又は日頃の業務を通じて、原子力防災活動を行う上での課題や問題点がありましたら、ご記入ください。					

※3.～4.の回答内容につきましては、本研修において情報共有させていただく場合があります。

ご協力ありがとうございました。