

健康状態	定期健康診断の結果	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし		
	既往症	<input type="checkbox"/> あり（病名・時期： _____） <input type="checkbox"/> なし		
	申込み時点の体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
奨学金受給者	奨学金受給の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※本欄で「あり」を選択した場合は下の質問に回答してください。		
		Q1. 受給している又はする予定の奨学金は、他の奨学金等の併給を認めていますか。 <input type="checkbox"/> 認めている <input type="checkbox"/> 認めていない Q2. 特別研究生に支給される奨励金を受給しますか。それとも辞退しますか？ <input type="checkbox"/> 受給する <input type="checkbox"/> 辞退する		
滞在先	宿舍貸与希望	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 独身寮 <input type="checkbox"/> 住宅（家族数【本人含む】 _____ 名）		
	不要の場合の居住地住所	〒 _____ (電話)		
学外実習	受入先： <input type="checkbox"/> JAEA（特別研究生又は学生研究生） <input type="checkbox"/> JAEA（学生実習生又は夏期休暇実習生） <input type="checkbox"/> JAEA（上記以外） 受入先：（ _____ ） 内 容：（ _____ ） <input type="checkbox"/> 上記以外 受入先：（ _____ ） 内 容：（ _____ ）	受入時期： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日～平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日～平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日～平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	上位二つまで選択してください。 <input type="checkbox"/> JAEA <input type="checkbox"/> 広く原子力関連の機関、事業者 <input type="checkbox"/> 上記以外	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 内容等を書き切れない場合は、不要な項目は削除して構いません。 </div>		
私は、この身上調書が正確で事実と相違ないことを誓います。（*） 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____（自署）				

（記載上の注意）

* 虚偽の記載があることが判明した場合は、受入れを取り消すことがあります。