

(様式1)

Ai 認定診療放射線技師 認定審査申請書

申請年月日	平成 年 月 日
(フリガナ) 申請者氏名	() ⑩
生年月日(満年齢)	年 月 日 (歳)
性別	男 ・ 女 (○を付けて下さい)
現住所	〒
同 Tel メールアドレス	Tel : — — E-mail _____@_____
勤務先・所属 職名	
勤務先住所	〒
同 Tel・Fax	Tel : — — ・ Fax : — —
診療放射線技師 免許証番号	(年 月 日取得)
日本放射線技師会 会員番号	会員番号 :
診療放射線技師として の臨床経験	医療機関での臨床経験 : 通算 年 ヶ月間
Ai 認定講習会の 受講年月日	
基礎講習「X線 CT 検査」 の修了日	

注1) 診療放射線技師としての臨床経験は正確に記入してください。

注2) 日本放射線技師会への入会申請中の者はその旨明記してください。

注3) 各修了書のコピーを添付ください。