

(様式4)

Ai 認定診療放射線技師 認定証交付申請書

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)
連絡先 Tel メールアドレス	Tel : — — E-mail _____@_____
勤務先名・ 勤務先住所	〒 _____
日本診療放射線技師会 会員番号	会員番号 :
ホームページ掲載 の有無	氏名 : 公表する ・ 公表しない 勤務先 : 公表する ・ 公表しない (いずれかに○を付けて下さい)
事務局備考	

※認定証は会誌の送付先に送られます。