

(様式 3)

## Ai 認定診療放射線技師 死後画像検査経験証明書

公益社団法人 日本診療放射線技師会 御中

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申込者区分 \_\_\_\_\_ 会員 ・ 非会員 \_\_\_\_\_

JART 会員番号 \_\_\_\_\_

上記の者は、本施設においてこれまでに死後画像検査を行った経験を有することを証明いたします。

西暦 年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_

所属長名 \_\_\_\_\_ ⑩

その他、特記すべき事項があれば、記入して下さい。