

画像等手術支援 認定診療放射線技師 認定審査申請書

申請年月日	西暦 年 月 日
申込者区分	会員 ・ 非会員 ※該当部分に○をして下さい。
会員番号(会員のみ記入)	※必ず会員番号を記入してください。
(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	
勤務先住所	〒
同 Tel	Tel : — —
診療放射線技師 免許証番号	(年 月 日取得)
診療放射線技師として CT検査の臨床経験	医療機関で : 通算 年 ヶ月間
画像等手術支援認定講習会の修了日	

注1) 診療放射線技師としての CT 検査の臨床経験は正確に記入してください。

注2) 修了書のコピーを添付ください。

注3) 別途 JART 情報システムで試験のお申込みが必要です。