**災害支援認定診療放射線技師 認定審査申請書**

申請年月日： 　 年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）  申請者氏名 | （ ）  　　　 ㊞ |
| 生年月日（満年齢） | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 性別 | 男 ・ 女 |
| TEL（自宅 ・ 携帯） |  |
| Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先 |  |
| 〒住所 | 〒 |
| 所　属 |  |
| T E L |  |
| F A X |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 診療放射線技師免許証番号 |  |
| (公社)日本診療放射線技師会 会員番号 |  |
| 診療放射線技師 実務経験 | （別紙様式）在籍証明書   * 現勤務先の在籍年数が5年未満の場合は履歴書（自由書式）を添付してください。 |

※個人情報の取り扱いについて

１．この申請書でご提供頂いた個人情報は、安全かつ厳正に管理し、同意なく第三者に開示、提供することはありません。

２．日本診療放射線技師会からのご連絡等に使用する場合があります。