

(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。

平成 年 月 日

施設名 _____

所属長名 _____ 印

その他、特記すべき事項があれば、記入して下さい。