

平成 年 月 日

## 医療被ばく低減施設認定事業 受審申込書

社団法人日本放射線技師会  
会長 中澤 靖夫 殿

施設名 : \_\_\_\_\_

管理者 : \_\_\_\_\_ 印  
(病院長)

### 記

当施設は、患者本位の医療提供体制の具体的実践として、社団法人日本放射線技師会による「医療被ばく低減施設の認定事業」の趣旨を理解し、医療被ばく低減施設認定審査の受審を申し込みます。

施設名 : \_\_\_\_\_

管理者名 : \_\_\_\_\_

住所 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

担当者所属 : \_\_\_\_\_

担当者氏名 : \_\_\_\_\_

担当者メールアドレス : \_\_\_\_\_