

画像等手術支援認定診療放射線技師 認定更新審査申請書

申請日： 西暦 年 月 日

公益社団法人 日本診療放射線技師会 殿

画像等手術支援認定診療放射線技師規程 第9条の規定により 画像等手術支援認定診療放射線技師の更新を申請いたします。

資格認定番号	(年 月 日 取得)
申込者区分*	会 員 ・ 非会員
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
現住所	〒
同 Tel	Tel : — —
同 E-mail	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)
更新資格基準*	本会の指定するカウント数により認定の更新を行う。
	更新のための e-ラーニング講習の受講が終了している。

※どちらかに○を付けて下さい。