更新申請書類（1）

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 | | （ | |  |  |  |  | ） |  | **㊞** |  |
| 生年月日（満年齢） | |  | | 年 | 月 |  |  | 日 | （ |  | 歳） |
| 性 | 別※ | 男 ・ | | 女 |  |  |  |  |  |  |  |
| 現  同同 | 住 所  Tel E-ail | 〒  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） |
| 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ならびに確認試験に より認定の更新を行う | | | | | | | | |

※どちらかに〇をつけてください