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　住　所 同　Tel 同　E-ail	〒 Tel：　　ー　　ー E-mail：　　@	
勤 務 先 ・ 所 属		
勤 務 先 住 所 同　Tel	〒 Tel：　　ー　　ー	
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