

オートプシー・イメージング(Ai)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

オートプシー・イメージング(Ai)認定診療放射線技師規程第 9 条の規定によりオートプシー・イメージング(Ai) 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ならびに確認試験により認定の更新を行う。 |

※どちらかに○を付けて下さい。