

年 月 日

## 医療被ばく低減施設認定事業 受審申込書

公益社団法人日本診療放射線技師会会長 様

施設名 : \_\_\_\_\_

管理者(病院長) : \_\_\_\_\_ 印

### 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、公益社団法人日本診療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