

※開催日から6ヶ月を過ぎたものは申請できません。

日本診療放射線技師会生涯教育カウント申請書

申請日：西暦 年 月 日

日本診療放射線技師会長様

申請者（代表者）：団体名

職氏名：

住所：〒

電話： / FAX：

E-mail：

日本診療放射線技師会生涯教育カウントとして認定していただきたく、申請いたします。

会 の 名 称			
日 時			
会場名・住所			
講 演 内 容 (別紙添付も可)	演題名・講師名	学習時間	
	例)「CT検査」 ○○大学教授 ○○○○先生	19:00~20:00	
参加人数(予定) _____名	予定学習時間(合計) _____時間 _____分	申請カウント数 _____C (1時間あたり1カウント)	JART主催共催の有無 有 ・ 無
主(共)催者名 (後援名)			
(日本診療放射線技師会使用欄)	受付No. _____	承認No. _____	
上記申請について、日本診療放射線技師会生涯教育_____カウントを承認します。			
西暦 年 月 日	日本診療放射線技師会長		印