

(様式2)

画像等手術支援 認定診療放射線技師 実務経験証明書

公益社団法人 日本診療放射線技師会 御中

申請者氏名 _____

申込者区分 _____ 会員 ・ 非会員 _____

JART 会員番号 _____

上記の者は、本施設において、_____年間診療放射線技師として従事していることを証明します。

西暦 年 月 日

施設名 _____

所属長名 _____ 印

その他、特記すべき事項があれば、記入して下さい。

注1) 5年間の勤務経験が複数の施設をまたぐ場合には、本様式を複写し、前任施設での従事期間も含めて証明して下さい。