

(様式1)		申請諸受領日 月 日		
平成 年度				
核医学専門技師受験資格申請書				
ふりがな		生年月日		
1. 氏名		S H	年 月 日	
2. 所属団体				
3. 会員番号	入会年月日	年 月		
4. 勤務先	名称			
	所属			
	郵便番号			
	住所			
	電話番号			
5. 連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先			
	<input type="checkbox"/> その他	〒	住所	
		電話番号		
		E-mail		
緊急連絡先	(体調不良時などの緊急用, ご自宅の番号と同じでも良い。)			
電話番号				
6. 新規受験者:	申請単位数	単位	6. 7はいずれか該当する方を記入してください	
7. 再受験者:	前回試験(第	回)		
申請書類確認欄 (*再受験者は、太字の書類だけで結構です。)				
<input type="checkbox"/> 受験資格申請書(本紙, 様式1)		<input type="checkbox"/> 認定試験受験申請書(様式1-1)		
<input type="checkbox"/> 業務経験年数証明書(様式2)		<input type="checkbox"/> 単位取得証明書(様式3)		
<input type="checkbox"/> 認定単位計算表(様式3-1)区分・項目別		<input type="checkbox"/> PET研修セミナー修了証(写)		
<input type="checkbox"/> 診療放射線技師免許証(写)		<input type="checkbox"/> 送付用切手1枚(140円)		
<input type="checkbox"/> 返信用ハガキ2枚(宛名等の記入は不要です。)				
<input type="checkbox"/> 受験票用写真2枚(同一の写真で, 1枚は様式1-1に貼付してください。)				
上記の通り核医学専門技師受験資格の申請をいたします				
署名(直筆)				
年 月 日				
氏 名				

*申請書類に記載された個人情報は核医学専門技師受験資格申請のためにしか利用いたしません