

(様式 2)

平成 年 月 日

日本核医学専門技師認定機構 殿

施設名

責任者職名

氏 名

核医学業務従事証明書

下記の者は、過去 _____ 年間にわたり核医学検査業務（管理・教育を含む）に従事したことを証明します。

氏 名

生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日

核医学業務 経験期間	常 勤	ヶ月	単位	申請単位数
	非常勤	ヶ月	単位	

* 認定単位数は最大180ポイントです

* 平成24年10月1日から平成29年9月30日までの5年間で申請してください。

* 平成29年9月30日までの見込み期間を含みます。

* この書類に記載された個人情報 は核医学専門技師認定更新申請の
目的以外には使用いたしません。