

(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

印

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 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20年10月1日から平成25年9月30日までの5年間で申請してください。

* 平成25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。