

(様式1)		*申請書受領日		月	日
平成 年度		核医学専門技師資格更新申請書			
1. 氏名		ふりがな		生年月日	
2. 認定登録番号					
3. 所属団体 (会員番号)		JSNMT(会員番号) , JSNM(会員番号) JART (会員番号) , JSRT (会員番号)			
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	
取得単位数(5年間)		単位			
申請書類確認欄					
<input type="checkbox"/> 資格更新申請書(様式1:本紙)					
<input type="checkbox"/> 核医学業務従事証明書(様式2)					
<input type="checkbox"/> 認定取得単位申請書(様式3-1,3-2:証明書類等を含む)					
<input type="checkbox"/> 核医学専門技師研修セミナー出席証明書(写)					
上記の通り、核医学専門技師資格更新の申請をいたします					
署名(直筆)					
平成		年	月	日	
				氏名	(印)

*申請書類に記載された個人情報(氏名、住所、電話番号、E-Mail)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。

(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。

今、現在も核医学専門技師であり、
過去5年間に構成4団体のいずれかに継続して所属し会費を完納しています

はい いいえ (該当にチェック)

I. 機構に加入する学会・団体か、主催する事業に関する評価

1) 総会及び、秋季学術大会等に関する評価(3回以上出席していること)

項目	参加	発表(筆頭)	発表(共同研究者)	特別講演・講演等
単位数	20	10	3	15
該当大会名				
申請単位				
認定単位				

2) 地方会(部会)学術大会に関する評価

項目	参加	発表(筆頭)	発表(共同研究者)	特別講演・講演等
単位数	10	10	3	15
該当大会名				
申請単位				
認定単位				

3) 研修会(セミナー)及び、講習会の参加に関する評価(1日:15単位)

研修会・セミナー・講習会名	申請単位	認定単位
第 回 核医学専門技師セミナー(必須)		

小計(A)

氏名

