

被ばく線量低減推進施設認定委員長  
 全国循環器撮影研究会会長 土佐 鉄雄 殿

申請者 \_\_\_\_\_

所 属 \_\_\_\_\_

被ばく線量低減推進施設認定基準書に従い施設認定を申請いたします。

登録施設及び申請者は、申請後も被ばく線量低減推進施設認定基準書に基づき、  
 循環器領域の血管撮影手技における被ばく線量低減に努めることを遵守します。

この申請にかかるデータについては全国循環器撮影研究会会員が研究発表  
 などに用いる事を了承します。

所属推進母体			
申請を受ける施設名			
所在地	〒		
血管撮影室数	_____ 部屋		
全国循環器撮影研究会会員番号	_____ 番		
全国循環器撮影研究会被ばく低減セミナー受講終了番号	_____ 号		
申請年月日	西暦	年	月 日

上記の施設が「被ばく線量低減推進施設認定」を申請することについて、  
 書類2の施設基準を満たす適切な施設であることを認め、ここに推薦します。

推進母体代表 \_\_\_\_\_ 印