

Ai 実施施設申請書

当施設をオートプシー・イメージング学会が規定する Ai 実施施設として申請いたします。

申請年月日	(西暦)	年	月	日
Ai 実施施設区分 (いずれかを○で囲む)	a	b	c	
(フリガナ) 施設名 (認定証に記載されるため 正確に記入)	()			
(英語表記) (認定証に記載されるため 正確に記入)				
施設名の公開 (いずれかを○で囲む)	学会ホームページで施設名を掲載することを 許可する 拒否する			
施設住所	〒			
(電話)				
(FAX)				
施設代表者氏名 (病院長 等) (自署または記名押印)				

申請責任者

（フリガナ） 申請者氏名	（
所属部署	
資格 （いづれかを○で囲む）	医師 歯科医師 診療放射線技師 その他（
連絡先メールアドレス	

(事務局記入欄)

受付年月日:	受付番号:
--------	-------