

Ai 撮影参加施設申請書

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

| | |
|---|-----------------------------------|
| 申請年月日 | (西暦) 年 月 日 |
| Ai 撮影参加施設区分 (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 (いずれかを○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: |
|--------|-------|