

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:
--------	-------