（様式_2）

Ai 認定施設申請書

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

申請年月日	（西暦）　　年　　月　　日
Ai 認定施設区分 （いずれかを〇で囲む）	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 （いずれかを〇で囲む）	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 （いずれかを〇で囲む）	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：