

Ai 実施施設・Ai 認定施設更新申請書

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・Ai 認定施設として更新いたします。

申請年月日	(西暦) 年 月 日
施設名	
旧登録・認定期間	(西暦) 年 月 ~ 年 月
登録・認定番号	
変更の有無 (いずれかを○で囲む)	有 無
変更内容 (変更がある場合は具体的かつ正確に記入) * Ai 研修会受講修了者や Ai 認定診療放射線技師 が変更された場合は各証 明書(写)も提出すること	
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:
--------	-------