

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 <i>(いずれかを○で囲む)</i>	<div>有</div> <div>無</div>
変更内容 <i>(変更がある場合は具体的かつ正確に記入)</i> <i>* 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</i>	
施設代表者氏名 (病院長 等) <i>(自署または記名押印)</i>	

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)

事務所記入欄	
受付年月日:	受付番号: