

第17回 専門医認定試験 受験申込書

受付 No. _____

フリガナ 氏名				写真貼付 (4×3 cm)	
生年月日	19 年 月 日 (歳)	性別	男・女		
会員番号					
勤務先名					
勤務先住所	〒 TEL	FAX			
E-mail					
自宅住所	〒 TEL	FAX			
専門医担当 資格について	該当する資格をチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会認定放射線科診断専門医 (No.) <input type="checkbox"/> 日本医学放射線学会認定放射線科治療専門医 (No.) <input type="checkbox"/> その他 () (No.)				
修練実施 施設名を 記入して ください。	1)	修練施設 認定 有・無	主任指導者	実 施 期 間	年 月 ～ 年 月
	2)	修練施設 認定 有・無	主任指導者		年 月 ～ 年 月
	3)	修練施設 認定 有・無	主任指導者		年 月 ～ 年 月
	4)	修練施設 認定 有・無	主任指導者		年 月 ～ 年 月
	5)	修練施設 認定 有・無	主任指導者		年 月 ～ 年 月
	修練施設での 修練期間合計	年 月	修練施設指導者 代表者署名*		

*指導者に署名いただけない場合は事務局にお問い合わせください。

事務局記入欄

受験番号		受験 資格	可・否	提出 書類	可・否	修練 年数	可・否
------	--	----------	-----	----------	-----	----------	-----

受験票

受験番号	
------	--

氏名: _____

所属: _____

写真貼付

(4×3 cm)