

(様式 3)

平成16年10月 日

日本放射線技術学会長 殿

施設責任者 印

放射線治療実績証明書

下記の者は、別紙のとおり、過去 年間にわたり放射線治療における診療に従事した事を証明します。

氏 名 _____
生年月日 昭和 年 月 日
性 別 _____ 男 _____ 女