

技術支援会員・施設登録用紙

[登録No. _____]

年 月 日

一般社団法人 札幌放射線技師会
会長 _____ 殿

個人登録	施設名 _____					
	所在地 〒 _____			TEL. _____		
	氏 名 _____			印 _____		
	連絡先 (TEL.) _____		(FAX.) _____			
施設登録	施設名 _____					
	所在地 〒 _____			TEL _____		
	連絡担当氏名 _____			印 _____		
	連絡先 (TEL.) _____		(FAX) _____			
就業可能日・期間						
就業可能曜日						
技術支援可能業務 内容	診療科 (内科 外科 小児科 整形外科 脳神経科 その他)					
	一般撮影	(胸部 腹部 骨 その他)			CR・FPD(メーカ)	
	TV	(消化器 その他)			DR(メーカ)	
	CT	(内容/部位)			メーカ/機種	
	MR	(内容/部位)			メーカ/機種	
	超音波	(腹部 心臓 その他)				
	健診	(胃部 胸部 その他)				
	その他	(ポーター等)				
	その他希望条件等記入してください。					
決裁欄	会長	副会長	副会長	理事	理事	