

放射線治療診療業務従事期間証明書

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者は、当施設において診療放射線技師として以下のとおり実務に従事したことを証明します。

・放射線治療診療業務に従事した期間

_____年 _____月 _____日から

_____年 _____月 _____日まで（ _____年間）

証明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

証明者 _____ 住 所
(施設長 (所属長))

氏 名