

# 肺がんCT検診認定医師更新申請書

申請日      西暦                  年                  月                  日

ふりがな			性別	男・女
氏名				
生年月日	西暦                  年                  月                  日			
認定番号				
認定証記載の 認定期限	西暦                  年                  月                  日      ～                  年                  月                  日			
自宅	郵便番号	〒		
	住所			
	電話番号			
	E-mail <small>※携帯アドレス不可</small>			
連絡先の希望	勤務先                  ・                  自宅			
勤務先	施設名			
	所属			
	郵便番号	〒		
	所在地			
勤務先	電話番号			
	E-mail <small>※携帯アドレス不可</small>			
肺がんCT検診への関与	<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 今後行う予定			
ホームページの 「認定医師一覧」への 掲載の可否	氏名	所属機関	都道府県	
	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
申請書類 <small>※確認のため添付 書類にチェックし てください。</small>	1. 更新申請書	<input type="checkbox"/>		
	2. 単位取得計算書 (最大 35 単位まで記載)	<input type="checkbox"/>		
	3. 単位取得を証明するもの (コピー可)	<input type="checkbox"/>		
	4. 更新認定料 (2万円) の振込を証明するもの	<input type="checkbox"/>		

・申請書類に記載された個人情報は、肺がんCT検診認定機構認定更新のみに使用いたします。  
 ※すべての欄に記入し、所要の文字を○で囲んでください。  
 ※年数はすべて西暦でご記入ください。

事務局使用欄			
受領日	受領番号	メール	リスト