**認定施設の更新申請書**

・ご施設のマイページを閲覧しながら、下線部分に必要事項を正しく記載して下さい。

・施設情報などに変更がある場合は、マイページ内の「登録情報の変更」機能より変更していただきますようお願いいたします。

・認定医師・技師在籍登録について、マイページ内の「認定医師・技師在籍登録情報」機能より、正しく登録されていることを確認してください。未登録の認定医師・技師がいる場合は、各認定医師・技師のマイページの機能「認定医師・技師在籍登録」から在籍登録をするようお伝えください。

・記載完了後、事務局のEメールアドレス（aclccs-post@as.bunken.co.jp）宛に、本申請書（Word）と認定更新料振込書のコピー（PDF）を添付し、Eメールで送信してください。

・申込完了後、マイページに登録されたEメールアドレス宛に確認のためのEメールを事務局より送信します。

認定証に記載されている認定期間

認定有効期限： 　　/ /

初回認定日： 　　/ /

登録情報の確認（施設）

基本情報（施設）

認定番号：

施設コード：

医療機関名：

装置番号：

装置名：

施設認定担当者の氏名

施設認定担当者名：

Eメール： 　　　@

**チェックリスト（確認したら、☒に書き換えてください）**

□　マイページより本年度の年次報告を入力済みである

□　マイページの登録情報等に変更がないことを確認済みである

* マイページの認定医師・技師在籍登録情報に認定医師・技師が登録済である

□　認定更新料を振込済みである