☐変更前
☐変更後

（様式医２１・３０別紙）

エックス線診療に従事する医師、歯科医師、診療放射線技師、診療エックス線技師

氏　　名	生 年 月 日	職　　種	エックス線診療に関する事項		
			免許番号	登録年月日	経歴(年数)
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年
					年