（様式 4 ）

第39回超音波検査士認定試験受験者推薦状

※本用紙は第39回超音波検査士認定試験申請時のみに、利用可能です。

公益社団法人日本超音波医学会理事長　殿

受験者氏名

生年月日　 　　　　 年　　　月　　　日生 ( 男 ・ 女 ) \*

\*いずれかに○をつけてください。

上記の者は、日本国の看護師・准看護師・臨床検査技師・診療放射線技師の何れかの免許を有し、その人格及び見識を備えており、かつ臨床経験が基準に十分達していることを認めます。

また、本試験受験にあたり提出する超音波検査実績は、受験者自身が検査を行い画像も撮影した症例であることを本人に確認しました。（ただし、体腔内超音波検査（経直腸・経腟走査を含む）は、医師が施行し受験者自身が超音波記録を行った症例とする。）

　　　　　年　　　月　　　日

公益社団法人日本超音波医学会

認定超音波専門医　所属施設名

　　　　　　　　　認定超音波専門医　氏名　（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　（専門医番号（FJSUM No）－　　　　）