**（様式４）**

**受験者推薦状**

**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）

上記の者は、日本超音波医学会が認定する指導検査士制度（血管領域）を受験するに足る人格および知識、経験、技量を備えており、13年間の血管超音波検査の実務経験を有し、かつ臨床経験が十分であることを認め、推薦理由を添えて推薦いたします。

（※推薦人は、必ず受験者が13 年間以上の血管超音波検査の実務経験を有することを確認してください。）

（　）日本超音波医学会認定超音波指導医

（　）日本超音波医学会代議員

（該当する括弧内に○を記入してください）

推薦理由：

　年　　月　　日

施設名

所 在 地　〒

TEL ：

FAX ：

役職名

推薦者氏名（自署）　　　　　　　　　　印