

検診マンモグラフィ技術認定更新 臨床画像評価
撮 影 者 証 明 書

撮影年月日	年 月 日
画像が識別できる情報 (受診者氏名、I D、画像番号など)	

上記の画像は次のものが撮影したことを証明します。

撮影者所属施設名： _____

撮 影 者 氏 名： _____

_____年 _____月 _____日

施設名：

役職名：

氏 名：

証明は施設長または所属部署の所属長の署名（または記名捺印）をお願いします。
この証明書および画像は、NPO法人マンモグラフィ検診精度管理中央委員会が実施する「検診マンモグラフィ撮影技術認定更新試験」
における、画質ならびに撮影技術を評価する目的以外には使用しません。