

申請受理番号： _____

様式 2

略 歴 ・ 個 人 票

氏 名	印
学 歴 (診療放射線技師養成機関)	西 暦 年 月 卒 業

期 間 (西暦で記入のこと)	経 歴 (施 設 ・ 業 務 内 容)	放射線治療に関する 診療実績 (%) ※
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

所属学会: 所属している放射線治療に関する学会名を6つまで記入し、役職名がある場合は()を付し記入すること。

- | | | |
|----|----|----|
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

※放射線治療に関する診療実績は、週4日以上：100%、週3日：75%、週2日：50%、週1日：25%として記載すること。このパーセンテージを期間に乗じて従事期間とみなす。

申請受理番号： _____

様式 3

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

一般社団法人日本放射線治療専門放射線技師認定機構
理事長 奥村 雅彦 殿

施設名

施設長 _____ 印

※公印をご使用いただきますようお願いいたします。

放射線治療業務従事証明書

下記の者は、別紙様式 2 のとおり、過去 _____ 年 _____ 月 _____ 日 にわたり放射線治療業務に
診療放射線技師として従事したことを証明いたします。

氏 名： _____

生年月日： _____ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

性 別： _____ 男 ・ 女 _____

申請受理番号： _____

様式 4

単位取得状況申告書

※申請日の5年前以降についてのみ記入のこと。

※証明書は必ず1イベントを1枚のA4用紙にコピーの上、本申告書に記載のいずれのイベントの証明であるかを示すように 区分-番号 をコピーの右上に記入して、番号順に並べ添付すること。

1. 学会等参加

区分 (A: 研修会)

番号	年月日	研修会名称	単位
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

区分 (B: 学術集会)

番号	年月日	研修会名称	単位
1			
2			

申請受理番号： _____

3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

区分 (C : 地区研究会等)

番号	年月日	研修会名称	単位
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

申請受理番号： _____

2. 論文・著書・学術発表

区分 (D：著述等)

番号	年月日	名称等	筆頭 単著	共同 共著	単位
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

1-A 小計	1-B 小計	1-C 小計	2-D 小計	=	合計

注意事項

※各実績の該当区分・必須単位は認定単位表を参照してください。

※出席証明書に参加者氏名の明記されていないものは、証明書状として認めておりません。

※証明書状の原本はお手元で保管してください。原本の郵送をお願いする場合があります。

※学術発表は抄録を、著述・著書は別刷り等をコピーのうえ添付のこと。

上記注意事項を理解し、申告内容は事実と相違ないことを確認しました。

氏名： _____ 印