

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 (A) (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 (%) *(B)	算定期間 (A)×(B)
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			
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。

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 _____

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、本申告書に記載したどのイベントの証明であるかを示すようにこの申告書上の区分-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			

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			

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