

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 診療実績割合 (%) ※(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			

所属学会:所属している放射線治療に関係する学会名を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：1 0 0 %、週 3 日：7 5 %、週 2 日：5 0 %、週 1 日：2 5 %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 _____ ケ月 _____ 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。
※証明書状は必ず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