

【重要】 放射線治療専門放射線技師 認定試験受験申請における フォーム入力要領

郵送による受付はありません。

各種様式等はスキャナにより電子ファイルに変換して申請が必要です。

(※本文書中の画面は募集開始までに一部変更される場合があります。ご了承下さい。)

放射線治療専門放射線技師受験申請フォーム

1ページ目 (全4ページ)

様式 1

名前 **必須**

姓

放射線 ✓

名

花子 ✓

名前 (フリガナ) **必須**

セイ

ホウシャセン ✓

メイ

ハナコ ✓

メールアドレス **必須**

testmail@radiation-therapy.jp ✓

確認のため再度ご入力ください

testmail@radiation-therapy.jp ✓

生年月日 **必須**

1998 ✓ 年 03 ✓ 月 18 ✓ 日

自宅住所 **必須**

郵便番号

1130034 ✓

都道府県

東京都 ✓

市区町村

文京区 湯島 ✓

番地

2-16-9 ✓

建物名・部屋番号

ちどりビル302 ✓

連絡先電話番号 **必須**

03-5348-8967 ✓

文字数 20文字以内

現在の文字数 12

次へ

フォーム内の各入力項目を適切に埋めてください。 電子メールアドレスは、職場の共有アドレスや携帯電話キャリアのアドレスは利用できません。

放射線治療専門放射線技師受験申請フォーム

2ページ目（全4ページ）

所属情報

所属施設はコードで管理されています。まずは以下のリンクから施設コードをご確認ください。

施設コードは[こちら](#)から参照できます。

施設コード **任意**

リストに施設があった場合にはここにコードを入力してください。

99991



文字数 5文字

現在の文字数 5

所属施設名 **任意**

リストに施設が掲載の無い場合にのみこちらへ記入してください。

会社名



部署名 **任意**

部署名



都道府県 **任意**

選択してください



次へ

戻る

施設コードは[リンク](#)を開き、都道府県を選択して検索してください。自身の施設が登録されていればそのコードをフォームの該当欄にコピー＆ペーストしてください。 **それ以下の欄は空白で結構です。**

放射線治療専門放射線技師受験申請フォーム

2ページ目 (全4ページ)

所属情報

所属施設はコードで管理されています。まずは以下のリンクから施設コードをご確認ください。

施設コードは[こちら](#)から参照できます。

施設コード **任意**

リストに施設があった場合にはここにコードを入力してください。

文字数 5文字

現在の文字数 0

所属施設名 **任意**

リストに施設が掲載の無い場合にのみこちらへ記入してください。

部署名 **任意**

都道府県 **任意**

次へ

戻る

自身の施設が施設コード一覧に登録されていない場合には、コード欄は空白として所属施設名と部署名、所在都道府県の欄に入力してください。

放射線治療専門放射線技師受験申請フォーム

3ページ目 (全4ページ)

受験要件に関する情報

診療放射線技師籍番号 **必須**

99991



文字数 5文字

現在の文字数 5

技師籍登録年月日 **必須**

2016-05-15



5年以上の継続した在籍歴を申告する団体名 **必須**

☒ (公社)日本診療放射線技師会

☐ (公社)日本放射線技術学会

☐ (公社)日本放射線腫瘍学会

いずれか1つで結構です。学生会員期間は算定できません。腫瘍学会は会員種別準会員であっても算定可。

その会員番号 **必須**

99991



その入会年月日 **必須**

2016-05-30



次へ

戻る

診療放射線技師免許を参照して、免許情報を適切に入力してください。
学会等への所属は5年以上の継続した会員籍を持つもののうち、**代表するものを一つ選択して**、その団体の会員番号、入会年月日を入力してください。

放射線治療専門放射線技師受験申請フォーム

4ページ目（全4ページ）

ファイルアップロード

略歴・個人票（様式2） **必須**

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

拡張子は .pdf のみ。 ファイルサイズは 5 MB 以下。

放射線治療業務従事証明書（様式3） **必須**

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

ファイルサイズは 5 MB 以下。

単位取得状況申告書（様式4） **必須**

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

ファイルサイズは 5 MB 以下。

単位取得状況を証明するもの 1 **必須**

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

拡張子は .pdf のみ。 ファイルサイズは 10 MB 以下。

単位取得状況を証明するもの 2 **任意**

ファイルサイズが10MBを超える場合に、適宜分割してこれ以下の項目をご利用ください。

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

拡張子は .pdf のみ。 ファイルサイズは 10 MB 以下。

単位取得状況を証明するもの 3 **任意**

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

拡張子は .pdf のみ。 ファイルサイズは 10 MB 以下。

単位取得状況を証明するもの 4 **任意**

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

拡張子は .pdf のみ。 ファイルサイズは 10 MB 以下。

単位取得状況を証明するもの 5 **任意**

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

拡張子は .pdf のみ。 ファイルサイズは 10 MB 以下。

診療放射線技師免許証 **必須**

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

拡張子は .pdf のみ。 ファイルサイズは 5 MB 以下。

学会在籍歴を証明するもの **必須**

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

拡張子は .pdf のみ。 ファイルサイズは 5 MB 以下。

証明用顔写真 **必須**

胸上、脱帽、正面等の一般的な証明写真の条件に準拠のこと

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

拡張子は .jpg / .png のみ。 ファイルサイズは 5 MB 以下。

☐ 私はロボットではありません


reCAPTCHA
プライバシー・利用規約

入力内容を確認

戻る

アップロードするファイルは、ファイル形式が指定されています。**書状は PDF 形式に、顔写真は JPG 形式であらかじめ用意してください。** ファイルをアップロードする欄を間違えないよう、ファイル名は項目と同じ名称にしておくようにしてください。PDF の分割や結合はフリーソフトや無料 Web サービスでも可能です。

放射線治療専門放射線技師受験申請フォーム

名前 **必須**

姓
放射線

名
花子

名前（フリガナ） **必須**

セイ
ホウシャセン

メイ
ハナコ

メールアドレス **必須**

testmail@radiation-therapy.jp

生年月日 **必須**

1998年03月18日

自宅住所 **必須**

郵便番号
1130034

都道府県
東京都

市区町村
文京区 湯島

番地
2-16-9

建物名・部屋番号
ちどりビル302

連絡先電話番号 **必須**

03-5348-8967

送信前に確認画面が表示されます。
各項目への入力や指定したファイル
が正しいか十分確認して送信してく
ださい。
添付したファイルの中身を参照する
ことは出来ません。ファイル名で対
応を慎重に確認してください。

所属情報

所属施設はコードで管理されています。まずは以下のリンクから施設コードをご確認
ください。

施設コード **任意**

所属施設名 **任意**
日本放射線治療専門放射線技師認定機構クリニック

部署名 **任意**
医療技術部

診療放射線技師籍番号 **必須**
99991

5年以上の継続した在籍歴を申告する団体名 **必須**
(公社)日本診療放射線技師会

その会員番号 **必須**
99991

その入会年月日 **必須**
2016-05-30

略歴・個人票（様式2） **必須**
様式2.pdf

放射線治療業務従事証明書（様式3） **必須**
様式3.pdf

単位取得状況申告書（様式4） **必須**
様式4.pdf

単位取得状況を証明するもの 1 **必須**
単位証明 1.pdf

単位取得状況を証明するもの 2 **任意**
単位証明 2.pdf

単位取得状況を証明するもの 3 **任意**

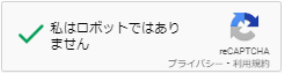
単位取得状況を証明するもの 4 **任意**

単位取得状況を証明するもの 5 **任意**

診療放射線技師免許証 **必須**
免許証.pdf

学会在籍歴を証明するもの **必須**
学会在籍証明.pdf

証明用顔写真 **必須**
顔写真.JPG



送信

戻る