医学物理短期臨床研修教育コース

教育コース名

施設・所属

コースの種類　 放射線治療

１ 教育コースの内容と教育理念

・短期臨床研修教育コースが設置されている所属、正式名称とそれを示す資料、コースの内容（当該教育コースの説明、履修方法、カリキュラム等）が記載された資料を、添付してください。

* なお、2019年度の申請では、遡って2018年度の認定も行うため、2018年度の資料も添付してください。

・医学物理教育コースのウェブページのURL を以下に記載してください。

http://

* 貴コースが認定された際には、医学物理士認定機構からリンクさせていただきます。

・短期臨床研修教育コースの教育理念と特徴（400字以内で記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

* 短期臨床研修教育コースの目的は、医学物理士としての基本的及び発展的な臨床業務を必要に応じて単独で遂行できるレベルに到達することです。教育を行う上で、この点をどのように実現するのかわかるように作成してください。

２ これまで実施した短期臨床研修教育コースについて

これまでの短期臨床研修教育コースの実施状況を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | コース名称 | 修了者数 | 修了までの平均期間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

３ 研修生の選考基準

短期臨床研修の公募に関わる以下の情報について記載してください（記載するとともに、公募に係る資料を添付してください)。

1. 公募の方法：
2. 公募の時期：
3. 募集人数：
4. 対象者：
5. 選考基準：

４ 短期臨床研修教育カリキュラムの内容

短期臨床研修教育コースの内容をできるだけ詳細に記載してください。表は適宜追加してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分類**1)** | 項目 | 担当教員 | 時間 | 具体的内容 | 達成目標 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 臨床研修の内容が記載された資料を添付してください。

1. 分類は、以下の記号でお答えください（複数回答可）。

A：X線治療(IMRT), B：X線治療(SBRT), C：X線治療(その他), D：電子線治療, E：密封小線源治療, F：粒子線治療(陽子線治療), G：粒子線治療(炭素線治療), H：その他

研修期間中の評価方法と頻度：

研修終了時の評価方法、内容：

合格基準と不合格時の対応：

その他特記事項：

５　短期臨床研修教育コース情報

教員情報（短期臨床研修教育カリキュラムに関わる教員）を列挙してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 氏名 | 所属・職 | 専門分野 | 最終学位 | 臨床研修施設における職種**1)** | 医学物理士認定年および登録番号**2)** | 医師免許 | 診療放射線技師免許 |
|  |  |  |  |  | ー |  | 有・無 | 有・無 |
|  |  |  |  |  | ー |  | 有・無 | 有・無 |
|  |  |  |  |  | ー |  | 有・無 | 有・無 |
|  |  |  |  |  | ー |  | 有・無 | 有・無 |
|  |  |  |  |  | ー |  | 有・無 | 有・無 |

1. 臨床研修施設における（申請資料7-2における）職種をドロップダウンリストから選択してください。
2. 医学物理士認定機構から認定を受けている教員については、医学物理士認定年（西暦）および登録番号を記載してください。

６　現状と今後の展望

現在の問題点と今後の展望について記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の問題点 | 改善の展望 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |