|  |  |
| --- | --- |
| ※ | １５　－ |

様式 1

|  |
| --- |
| 振替払込  請求書  兼受領証の  コピー  貼付欄 |

医学物理士認定試験願書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出願資格 | － | | | 枠内に出願資格の番号を1つ記入してください。 | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | |
| 氏　　名  昭和  平成 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 （満　　　歳） | | | | | | | 男 ・ 女 |
| フリガナ | | | | | | | | |
| 現住所　〒  電話（　　　　　）　　　　－　　　　　fax（　　　　　）　　　　－  e-mail | | | | | | | | |
|
| フリガナ | | | | | | | | |
| 所属名称  部　　課  所 在 地　〒  電話（　　　　　）　　　　－　　　　　fax （　　　　　）　　　　－  e-mail | | | | | | | | |
| 事務局からの問い合わせ先（いずれかにチェック） | | | | | | □ 現住所　□ 所属先 | | |
| 年　月から | | 年　月まで | | | 学歴・学位・職歴　（高校卒業から、項目ごとにまとめて記入してください） | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | | 資格・免許（出願に必要な資格を記入してください） | | | | |
|  | |  | | | （第　　　　　　　号） | | | | |
|  | |  | | | （第　　　　　　　号） | | | | |
| 日本医学物理学会会員番号 | | |  | | | | * 現在日本医学物理学会正会員の入会手続き中です。 | | |

※印の欄は記入しないでください。

様式 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ２０１５年度  医学物理士認定試験  写真票   |  |  | | --- | --- | | ※ | １５　－ |  |  |  | | --- | --- | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | フリガナ |  | | 氏　名 |  |  |  | | --- | | 写真貼り付け欄  3ヶ月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きの写真を枠内に貼り付けること。受験票と同じ写真を使うこと。  写真の裏面に氏名を記入すること。  （縦4 cm × 横3 cm） | |  |  | ２０１５年度  医学物理士認定試験  受験票   |  |  | | --- | --- | | ※ | １５　－ |  |  |  | | --- | --- | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | フリガナ |  | | 氏　名 |  |  |  | | --- | | 写真貼り付け欄  3ヶ月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きの写真を枠内に貼り付けること。写真票と同じ写真を使うこと。  写真の裏面に氏名を記入すること。  （縦4 cm × 横3 cm） | |

※　印の欄は記入しないでください。

※※　必要な事項を自筆で記入してください。

※※※　写真票と受験票には同じ写真を使用し、裏面には氏名を記入してください。

様式 3

在職証明書

氏名

昭和

平成

生年月日　　　　　　年　　月　　日

上記の者は　　　年　　　月より　　　年　　　月まで当（院、所、学部）に於いて　　　　　　　　　　　として　　　　　　　　　　　の業務に従事したことを証明します。

平成　　　年　　　月　　　日

所在地　〒

機関名

代表者名 　　　　公印

記入上の注意：証明者は代表者等とし、代表者名欄にはその方の役職及び氏名を記入の上、施設公印（社印または証明者の職印）で証明してください。

様式 5

職務経歴書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期　　間 | 所　　属 | 業　　務　　内　　容  （具体的に記入してください） |
| 年　　月から  年　　月まで |  |  |
| 年　　月から  年　　月まで |  |  |
| 年　　月から  年　　月まで |  |  |
| 年　　月から  年　　月まで |  |  |
| 年　　月から  年　　月まで |  |  |
| 年　　月から  年　　月まで |  |  |
| 年　　月から  年　　月まで |  |  |
| 年　　月から  年　　月まで |  |  |

※出願資格(1- 5 )「学歴によらず医学物理の発展に寄与した者」で出願する場合に提出してください。

様式 6

理由書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |

|  |
| --- |
|  |

※出願資格(1-5)「学歴によらず医学物理の発展に寄与した者」で出願する場合に提出してください。

様式 7

教育コース在籍証明書

氏名

昭和

平成

生年月日　　　　　　年　　月　　日

上記の者は、下記の通り認定医学物理教育コース（放射線治療分野）に在籍したことを証明する。

研究科名：

教育コース名：

在籍期間：　　　年　　　月より　　　年　　　月まで

平成　　　年　　　月　　日

様式 7

記載例

教育コース在籍証明書

氏名　　　物　理　　一　郎

昭和

平成

生年月日　　　　　　年　　月　　日

上記の者は、下記の通り認定医学物理教育コース（放射線治療分野）に在籍したことを証明する。

研究科名：○○大学大学院○○研究科

教育コース名：医学物理士養成コース

在籍期間：平成２６年　４　月より平成２７年　８　月まで

同じ月を記載。

平成　２７年　８　月　７　日

研究科長の

公印が必要。

**公印**

○○大学大学院○○研究科長