

2020 年度
治療専門医学物理士認定試験
一次試験 出願要項

(一次試験) 出願期間

2020年8月3日(月)～2020年8月19日(水) 必着

(一次試験) 試験日時

2020年9月26日(土)

9:45～13:30(予定)

(一次試験) 試験会場

全国7会場で実施予定(P5を参照)

一般財団法人 医学物理士認定機構 事務局

〒162-0801 東京都新宿区山吹町 358-5

(株) 国際文献社内

e-mail: tmp_exam@jbmp.org

医学物理士認定機構

1 出 願 資 格

出願できる者は、治療専門医学物理士認定制度規程第5条に定める以下の条件（治療専門医学物理士認定制度規 第5条）を満たす者です。

- (1) 医学物理士として認定されていること
- (2) 申請時において、医学物理士として治療分野における臨床経験を3年以上有すること
- (3) 申請時において専門試験委員会の委員の職にないこと

2 出 願 方 法（インターネット出願を併用した郵送受付のみ）

「インターネット出願の利用と出願手順」を参照の上、必要な情報を入力し、必要な出願書類を印刷し、角形2号封筒（横24 cm×縦33 cm、折らずにA4用紙が入るもの）の表（おもて）にインターネット出願で印刷した宛名ラベルを糊で貼付け、必ず簡易書留郵便で郵送してください。簡易書留としない場合の事故については、一切責任を負いません。郵便事情による遅配もありますので、余裕をもって出願してください。

出願期間： 2020年8月3日（月）～ 2020年8月19日（水） 必着

宛 先： 〒162-0801 東京都新宿区山吹町 358-5
(株) 国際文献社内 医学物理士認定機構 事務局

3 受 験 料

受験料は、郵便局・ゆうちょ銀行に備え付けの払込取扱票（青色）を使用し、個人名義で納付してください。郵便局・ゆうちょ銀行のATM（現金自動預払機）でも納付できます。送金手数料は自己負担になります。インターネットバンキングを含む他の方法での納付はできませんのでご注意ください。受験料の納付は2020年8月3日（月）～ 2020年8月19日（水）の期間内に完了してください。また、在外等の場合は事務局へお問合せください。

受 験 料： 20,000円

納付先口座名：一般財団法人 医学物理士認定機構

口 座 番 号：0 0 1 7 0 - 2 - 6 0 7 3 0 1

郵便局・ゆうちょ銀行の窓口またはATMから受け取る受領証または利用明細票のコピーを試験願書（様式1）の所定の欄に貼り付けてください。

原則として納付済の受験料は返還しませんので、十分に検討して納付してください。

4 出 願 書 類 等

出願には次の書類が必要です。それぞれ指定された様式に従ってください。インターネット出願を利用して不足が無いようにしてください。

「インターネット出願の利用と出願手順」を参照の上、医学物理士認定機構 HP よりインターネット出願ページにアクセスし、出願書類等を準備してください。印刷した宛名ラベルの「内容物のチェック」を利用して不足が無いようにしてください。

出 願 書 類 等	摘 要
①試験願書	受験に関する出願情報を入力し、試験願書（様式1）をダウンロードして印刷してください（片面印刷）。
②受験料（20,000円） 振替払込証のコピー	郵便局・ゆうちょ銀行の窓口またはATMから受け取る振替払込請求書兼受領証または利用明細票のコピーを様式1の所定の欄に貼って提出してください。
③受験票・写真票	ダウンロードして印刷した様式3に氏名、フリガナを自筆で記入してください。 3ヶ月以内に撮影した上半身、脱帽、正面向きの縦4cm×横3cmの写真を枠内に貼り付けてください。 写真票と受験票には同じ写真を使用し、裏面には自筆で氏名を記入してください。
④受験票送付用封筒	返送先の郵便番号、住所、氏名を記載し、404円分の郵便切手を貼った長形3号封筒（横12cm×縦23.5cm）2通を同封してください。
⑤業務実績証明書	放射線治療分野における臨床経験を記入した様式2をダウンロードして印刷してください（片面印刷）。人事課等に依頼して具体的な業務内容と期間を記載し、公印を有する代表者等（病院長または診療施設長）の証明を受けてください。所属が複数ある場合は、出願に必要なすべての期間（受験資格を満たす期間以上）を証明できる証明書が必要です。

5 試験

1) 試験日程

2020年9月26日(土)

2) 試験会場

全国7会場で実施予定(P5を参照)

3) 試験時間(予定)および試験科目

時 間	試 験 科 目 (解 答 方 法)
9:45~11:00 (75分間)	(多肢選択式) 標準的放射線治療の専門知識および応用能力の確認 ・ 画像、放射線防護及び患者の安全 ・ 治療技術・治療計画 ・ 照射装置と測定機器
12:15~13:30 (75分間)	(多肢選択式) 標準的放射線治療の専門知識および応用能力の確認 ・ 画像、放射線防護及び患者の安全 ・ 治療技術・治療計画 ・ 照射装置と測定機器

※ 試験時間については予定であり、受験票と共に発送される「受験上の注意」で必ずご確認ください。

6 合格発表

合否の判定は、受験者に個別に郵送します。また、医学物理士認定機構ホームページ上に合格者の受験番号を掲載する予定です。

7 出願上の注意事項

- 1) 出願に関しては医学物理士認定機構ホームページ (<http://www.jbmp.org>) の治療専門認定医学物理士認定試験の項目およびFAQ (Frequently Asked Questions) を必ずお読み下さい。
- 2) 業務実績証明書は出願前3ヶ月以内に発行されたものを提出してください。
- 3) 結婚等により、試験願書と証明書の姓名が異なる場合は、「戸籍抄本」(氏名変更履歴のわかるもの。)を提出してください。
- 4) 様式はインターネット出願で作成し、それぞれ片面で印刷してください。
- 5) 年月日記入欄で、特に元号の指定がない場合は西暦で記載してください。
- 6) 送付済の出願書類の変更および返還はできません。ただし、住所、氏名、電話番号に変更があった場合には**事務局**へご連絡ください。
- 7) 原則として納付済の受験料は返還しません。ただし、受験料を納付したにもかかわらず出願書類を提出しなかった、受験料を誤って納入した、出願期間外に出願した場合には、返金のための経費を差し引いて返還します。この場合は、**事務局**へご連絡ください。
- 8) 出願書類に不備がある場合には受理しません。出願書類が受理された後、受験資格審査が行われます。受験資格審査で受験資格に該当しないことが判明した場合には、受験票は送付しません。この場合、受験料は返還しません。
- 9) 受験票は、受験資格審査で受験資格有と判定された場合に本人宛送付します。試験日2週間前までに受験票が届かない場合は**事務局**へご連絡ください。
- 10) 出願書類に虚偽の記載がある場合は、合格発表後であっても合格を取り消すことがあります。
- 11) 健康等の理由で受験上特別な配慮を希望する者は、事前に**事務局**へご連絡ください。

8 個人情報取扱について

受験の際にお知らせいただいた個人情報については、法令に基づき試験業務以外には使用しません。

9 問合せ先

お問合せはメールのみで受け付けます。

医学物理士認定機構 事務局

お問合せ用メールアドレス: tmp_exam@jbmp.org

10 試験会場

新型コロナウイルス感染症の感染予防の観点から、受験者の長距離移動を軽減するため、全国7か所で同一日に実施いたします。

試験場所は、原則、試験願書（様式1）に記載された現住所の都道府県により試験会場が指定されます。各地域の試験会場については7月中旬にお知らせするよう準備を進めています。なお、予定している試験会場の所在地は下表のとおりです。

	都道府県（原則として現住所）	試験会場の所在地
北海道	北海道	北海道札幌市
東北	青森・岩手・宮城・秋田・山形・福島	宮城県仙台市
関東	茨城・栃木・群馬・埼玉・千葉・東京・ 神奈川・新潟・山梨	東京都港区 (東京都荒川区・東京都立大学を予定しておりましたが変更します)
中部	富山・石川・福井・長野・岐阜・静岡・ 愛知	愛知県名古屋市
近畿	三重・滋賀・京都・大阪・兵庫・奈良・ 和歌山	大阪府大阪市
中国・ 四国	鳥取・島根・岡山・広島・山口・徳島・ 香川・愛媛・高知	広島県広島市
九州	福岡・佐賀・長崎・熊本・大分・宮崎・ 鹿児島・沖縄	福岡県福岡市

業 務 実 績 証 明 書

氏 名

医学物理士登録番号

取 得 年 月 日 年 月 日

上記の者は 年 月より 年 月まで当院に於いて
放射線治療での医学物理業務*に 月間従事したことを証明します。

年 月 日

所在地 〒

機関名

職 名

氏 名

公印

注意：

業務（実務）に従事した期間は月単位で計算することとし、週30時間程度以上従事した場合に業務（実務）に従事したものと認められます。また、*医学物理業務とは臨床における放射線治療システムの品質管理および治療計画等を指します。患者さんへの放射線照射業務は含まれません。複数の施設をまたぐ必要がある場合には、本様式を複写し、前任施設での従事期間も含めて証明して下さい。

業務実績証明書

氏 名

医学物理士登録番号

取得年月日 年 月 日

上記の者は 年 月より 年 月まで当院に於いて
放射線治療での医学物理業務*に 月間従事したことを証明します。

年 月 日

所在地 〒

機関名

職 名

氏 名

期間中に放射線治療の業務に従事した実質的(正味の)月数を記入してください。

病院長または
診療施設長の
公印が必要。

公印

注意:

業務(実務)に従事した期間は月単位で計算することとし、週30時間程度以上従事した場合に臨床業務(実務)に従事したものと認められます。また、*医学物理業務とは臨床における放射線治療システムの品質管理および治療計画等を指します。患者さんへの放射線照射業務は含まれません。複数の施設をまたぐ必要がある場合には、本様式を複写し、前任施設での従事期間も含めて証明して下さい。