様式 2

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　　　　ヶ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。