2026年度医学物理教育コース認定申請書（様式0）

申請日　　　　年　　　月　　　日

一般財団法人 医学物理士認定機構　殿

認定を受けようとする団体の長

施設・所属：

職・氏名： 公印

医学物理教育コース代表者

施設・所属：

職・氏名：

医学物理士認定機構 医学物理教育コース認定審査にあたり、所定の必要書類および審査料を同封し、下記の通り申請します。

・申請する医学物理教育コースの種類および課程（認定を受ける種類、年度、課程に○を記載してください）

申請の種類：　　　新規申請　　課程追加申請

申請年度：　　　　2026年度　　2025年度（遡り申請）

申請する課程：　　修士課程

博士課程（治療・診断・核医学）

臨床研修課程（治療・診断・核医学）

・申請する医学物理教育コースの正式名称（該当する課程について記載）

1. 修士課程：
2. 博士課程：
3. 臨床研修課程：
4. 短期臨床研修コース：

・医学物理教育コース認定に含まれる施設の名称と代表者氏名（代表者所属施設以外）

1. 施設・所属：

職・氏名：

1. 施設・所属：

職・氏名：

・認定審査料の支払い方法（振込方法に○を記載してください）

郵便振込 振込口座への振込

* 振込口座へ振り込まれる場合には、以下に振込日もしくは振込予定日を記載してください。

振込日もしくは振込予定日：

* インボイス対応の請求書が必要な場合は、教育コース認定担当までご連絡ください。詳細は認定申請要項をご覧ください。

・認定審査料に関わるインボイス対応の領収書が必要な場合は、以下に宛名を記載してください。

宛名：

|  |  |
| --- | --- |
| ・同封書類  □ 教育コース認定申請書：様式0（本用紙）  □ 教育コースの名称と教育理念：様式1  □ 教育コースの内容と医学物理教育に関する経緯：様式2  □ 講義カリキュラム：様式3  □ 入学者・研修生の選考基準：様式4  □ 在学者・修了者の情報：様式5  □ 臨床研修カリキュラム：様式6  □ 施設の体制・臨床研修施設情報：様式7  □ 現状の問題点と今後の展望：様式8  □ 関連資料 | 教育コース認定審査料  払込票またはご利用明細のコピーの貼付け欄  貼り付けが難しい場合は振込を確認できる資料を別途添付してください |