様式 7-1 施設の体制 - 医学物理教育コース情報

教育コース名

施設・所属

課程の種類　 　修士　・　博士（治療・診断・核医学）　・　臨床研修（治療・診断・核医学）

1. 担当者情報
2. 医学物理教育コース代表者

|  |  |
| --- | --- |
| 職・氏名 |  |
| 施設・所属 |  |
| 施設所在地 |  |
| Tel/Fax |  |
| E-mail |  |

1. 医学物理教育コース事務担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 職・氏名 |  |
| 施設・所属 |  |
| 施設所在地 |  |
| Tel/Fax |  |
| E-mail |  |

1. 臨床研修責任者（臨床研修責任者は様式7-Aまたは7-Bを提出してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 職・氏名 |  |
| 施設・所属 |  |
| 施設所在地 |  |
| Tel/Fax |  |
| E-mail |  |

1. 教育コース代表者所属施設以外の施設の代表者①

|  |  |
| --- | --- |
| 職・氏名 |  |
| 施設・所属 |  |
| 施設所在地 |  |
| Tel/Fax |  |
| E-mail |  |

1. 教育コース代表者所属施設以外の施設の代表者②

|  |  |
| --- | --- |
| 職・氏名 |  |
| 施設・所属 |  |
| 施設所在地 |  |
| Tel/Fax |  |
| E-mail |  |

1. 教員情報

（申請コースの医学物理教員1）及び臨床研修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**2)** | 医学物理士登録番号**3)** | 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. 医学物理教育コースの運営に関与している教員を記載してください。
2. 臨床研修に関わる教員については、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。
3. 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、医学物理士登録番号を記載してください。医学物理士の資格を持つ教員が一名以上在籍していることが認定には必要となります。
4. 医学物理教育で利用可能な教育設備

|  |
| --- |
| 医学物理教育で利用可能な講義室　　　　　有　　　　　無 |
| 教育コースに在籍する学生が、医学物理教育で必要となる図書を閲覧或いはダウンロード可能な環境が整備されているか？  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 有　　　　　無 |

1. がんプロフェッショナル養成プラン／養成基盤推進プラン／「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プランについて

|  |
| --- |
| 貴コースは、がんプロフェッショナル養成プランに採択されていましたか？（○印で囲んでください）  1. はい　　　 2. いいえ |
| 貴コースは、がんプロフェッショナル養成基盤推進プランに採択されていましたか？（○印で囲んでください）  1. はい　　　 2. いいえ |
| 貴コースは、「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プランに採択されていますか？（○印で囲んでください）  1. はい　　　 2. いいえ |