2024年度医学物理教育コース認定維持申請書（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：

施設住所：

Tel/Fax：

メールアドレス：

医学物理士認定機構 医学物理教育コース認定維持申請審査にあたり、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。

・認定維持申請する医学物理教育コースの課程（認定を受ける課程に○を記載）

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）

短期臨床研修コース（治療・診断・核医学）

・認定維持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の担当者情報

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：

メールアドレス：

1. 医学物理教育コース臨床研修責任者

職・氏名：

施設・所属：

施設所在地：

Tel/Fax：

メールアドレス：

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：

メールアドレス：

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：

メールアドレス：

・ 変更点について（最終の申請時から内容に変更がある場合は、変更理由と変更の概略を以下に記載してください。必要に応じて記入欄を追加してください）

1)

2)

3)

|  |  |
| --- | --- |
| ・同封書類□ 教育コース認定維持申請書：様式0（本用紙）　　□ 変更申告チェック表：様式1　　□ 在学者・修了者の情報：様式5　　□ 現状の問題点と今後の展望：様式8　　□ 関連資料の電子媒体（CD-R又はDVD-R） | 教育コース認定維持審査料払込票コピー貼付け欄 |

事務局記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |