# 業 務 実 績 証 明 書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |

上記の者は、直近の5年間（60ヶ月間）の内、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 　　年　　月　　日

所在地

機関名

職　名

氏　名 公印

注意

* 更新に必要な期間は、3年（36ヶ月）以上です。
なお、初回更新までの期間が5年に満たない場合は、その期間の6割について放射線治療に従事している必要があります。
* 業務に従事した期間は月単位で計算することとし、週30時間以上従事した場合に業務に従事したものと認められます。
* 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証明して下さい。

記入例

# 業 務 実 績 証 明 書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | ｘｘｘｘ |
| 生年月日 | ｘｘｘｘ年　ｘｘ月　ｘｘ日 |

上記の者は、直近の5年間（60ヶ月間）の内、当院に於いて放射線治療での医学物理業務に　60　　ヶ月間従事したことを証明します。

※ 5年間従事した場合、60ヶ月と記入してください。

年月日 　ｘｘｘｘ年ｘ月ｘ日

所在地 　ｘｘｘｘｘｘｘｘ

機関名 　ｘｘ県立ｘｘ病院

職　名 　病院長

氏　名 　○○○○ 公印

病院長または診療施設長の公印

注意

* 更新に必要な期間は、3年（36ヶ月）以上です。
なお、初回更新までの期間が5年に満たない場合は、その期間の6割について放射線治療に従事している必要があります。
* 業務に従事した期間は月単位で計算することとし、週30時間以上従事した場合に業務に従事したものと認められます。
* 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証明して下さい。