様式 11-A

カテゴリーⅠ：医学物理士としての業務実績

コードA

氏名

生年月日　　　　　年　　月　　日

臨床における業務実績
（診療報酬上の施設基準で「専ら担当するもの」に該当する者）

放射線治療における診療報酬上の施設基準要件のうち、医学物理士または機器の精度管理等を専ら担当する者として該当する場合

 届出た地方厚生（支）局名　　　　　　　　　　　　　事務所等の名称

 記載期間（西暦）：　　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月　（継続中・終了）

 届出項目

 上記の業務に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

様式 11-B

カテゴリーⅠ：医学物理士としての業務実績

コードB

氏名

生年月日　　　　　　年　　月　　日

コードBの医学物理士としての業務実績　（該当するものに☑）

□ 医療機関における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等

□ 大学または研究所等における医学または医療に関わる研究または開発業務

□ 企業等における医療機器の開発またはカスタマーサポート等、医学物理の知識を要する業務

 期間（西暦）：　　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月　（継続中・終了）

 業務内容（具体的に記入してください）

上記の業務に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

様式 11-C

カテゴリーⅠ：医学物理士としての業務実績

コードC

氏名

生年月日　　　　　　年　　月　　日

医学物理分野の常勤の教員としての業務実績

医学物理分野の常勤の大学教員である場合

 教育にかかわった期間、科目名、担当した内容（シラバス）および時間数を記入してください。

　（シラバスの写しの添付でも可）

 期間（西暦）：　　　　　　年　　　月から　　　　　年　　　月　（継続中・終了）

 科目名、担当した内容（シラバス）、時間数

上記の業務に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