2025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：　　　　2025年度　　2024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：

・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□ 様式1-8および関連資料 | 教育コース審査料払込票またはご利用明細のコピーの貼付け欄 |