

放射線診断専門医、放射線治療専門医への名称変更審査申請調査書

◆ 氏名(ふりがな): _____

◆ 性別: 1. 男 2. 女

◆ 生年月日: 大正・昭和 _____年 _____月 _____日

◆ 現在の勤務先: _____

◆ 勤務先住所: 〒 _____

◆ 自宅住所: 〒 _____

※ 名称変更後の新認定証の送付は学会誌の送付先になります。住所変更がある場合は、ご自身で速やかに訂正しておいて下さい。

◆ 取得している旧制度の日本医学放射線学会(JRS)専門医資格名称

1. 放射線科専門医(平成6年までに取得)
2. 放射線科専門医(診・核)
3. 放射線科専門医(治)
4. 放射線科専門医(平成15～17年に取得)
(二次試験の種別: a. 診断・核医学 b. 放射線治療)
5. 放射線診断専門医
6. 放射線治療専門医

JRS 専門医取得年: 昭和・平成 _____年 専門医番号: _____

◆ 希望する新制度の専門医資格名称(どちらか一方のみ選択して下さい)

1. 放射線診断専門医 2. 放射線治療専門医

※ 以下は、該当者のみ回答して下さい。

◆ 日本放射線腫瘍学会(JASTRO)認定医資格の取得状況

1. 有 (取得年: 昭和・平成 _____年、 認定医番号: _____)
2. 無

◆ 日常の業務状況

1. 専ら放射線診断・核医学に従事 2. 専ら放射線治療に従事

※ 取得されている JRS 専門医認定証のコピーおよび(あるいは) JASTRO 認定証のコピーを同封し、JRS 事務局へ 7 月 7 日までに提出して下さい。