

放射線治療専門医への名称変更審査申請調査書

(JASTRO認定医の資格のみお持ちの先生方用)

- ◆ 氏名（ふりがな）：
 - ◆ 性 別： 1. 男 2. 女
 - ◆ 生年月日：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希望先
1. 勤務先 2. 自 宅

*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には、ご自身で速やかに訂正しておいて下さい。

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：平成 年、 JASTRO 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. 放射線診断・核医学と放射線治療を兼任
3. 専ら放射線治療に従事

書留送付先：〒113-0034 東京都文京区湯島2-18-6 夏目ビル3階

(株) メディカルサプライジャパン内

日本放射線腫瘍学会事務局 宛 提出期限：平成22 年7 月7日（必着）

◆取得された JASTRO 認定医（放射線腫瘍学認定医）認定証のコピーを同封して下さい。