بنام خدا

**فرم درخواست تاییدیه صلاحیت علمی و حرفه ای فیزیسیست پرتودرمانی بر مبنای سابقه­ی کار**

**(بدون شرکت در آزمون کتبی)**

خواهشمند است اطلاعات در این فرم تایپ شده و پس از امضاء، به صورت pdf ارسال گردد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام: | نام خانوادگی: | شماره تماس: |
| آدرس ایمیل: | آخرین مدرک و رشته تحصیلی: | شماره ی عضویت در انجمن فیزیک پزشکی ایران: |
| محل کار: | عنوان سمت: | مسئولیت اجرائی: |

* در صورتی که عضو هیات علمی دانشگاه هستید، لطفا سال شروع عضویت خود را درج نمایید: ....................

**سابقه تحصیلات دانشگاهی:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| مقطع تحصیلی | رشته | دانشگاه | عنوان پایان نامه به اختصار | تاریخ  فارغ التحصیلی |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**سابقه کار در مراکز پرتودرمانی:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| محل کار | از تاریخ | تا تاریخ | نوع کار و مسئولیت ها | میانگین تعداد ساعت کار در هفته | مجموع سابقه ی کار (تعداد سال معادل تمام وقت)\* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* یک سال معادل تمام وقت =1000 ساعت کاری در بخش رادیوتراپی به عنوان فیزیسیست پرتودرمانی

**شرکت در دوره های کارآموزی عملی مرتبط:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام مرکز | مسئول کارآموزی | سال شرکت در دوره | تعداد روز |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**شرکت در دوره ها و کارگاه های آموزشی مرتبط:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| عنوان دوره | برگزار کننده | سال برگزاری | تعداد ساعت نظری | تعداد ساعت عملی |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**موارد راه اندازی دستگاه پرتودرمانی، سیستم طراحی درمان، تجهیزات جانبی و روش های جدید در بخش رادیوتراپی:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تجهیزات یا روش | نقش داوطلب و کارهای انجام شده توسط وی | سال راه اندازی |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**طرح های تحقیقاتی در ارتباط مستقیم با فیزیک پرتودرمانی بالینی:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عنوان طرح | سال اتمام طرح | مقاله منتج از طرح | ارائه در کنفرانس |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**اطلاعات دیگر (در صورت نیاز):**

**توصیه نامه از متخصص فیزیک پزشکی با سابقه (معرف اول):**

اینجانب .................................................... فیزیسیست شاغل در ............................................................................ تایید می نمایم که جناب آقای/ سرکار خانم ....................................................................... دارای سابقه کاری موثر به عنوان فیزیسیست رادیوتراپی در مرکز یا مراکز پرتودرمانی به میزان ............ سال معادل تمام وقت (میانگین حداقل 24 ساعت در هفته، 1000 ساعت در سال) هستند. (حداقل مورد نیاز: 10 سال)

محل امضاء: تاریخ:

**توصیه نامه از متخصص فیزیک پزشکی با سابقه (معرف دوم):**

اینجانب .................................................... فیزیسیست شاغل در ............................................................................ تایید می نمایم که جناب آقای/ سرکار خانم ....................................................................... دارای سابقه کاری موثر به عنوان فیزیسیست رادیوتراپی در مرکز یا مراکز پرتودرمانی به میزان ............ سال معادل تمام وقت (میانگین حداقل 24 ساعت در هفته، 1000 ساعت در سال) هستند. (حداقل مورد نیاز: 10 سال)

محل امضاء: تاریخ:

**در صورتی که داوطلب دارای تاییدیه صلاحیت در فیزیک رادیوتراپی** (professional qualification or certification) **از یک کشور دیگر است، تکمیل توصیه نامه های فوق الزامی نیست. لطفا مستندات تاییدیه را به همراه یک توصیه نامه از مرکز مربوطه در خارج از کشور به همراه این فرم ارسال نمایید.**

**فهرست پیوست های مورد نیاز:**

□ رزومه کاری

□ مستندات

**نام و نام خانوادگی داوطلب:**

**محل امضاء:**

**تاریخ:**