

日本臨床検査専門医会 入会申込書

日本臨床検査医学会認定臨床検査専門医			あり ・ なし		
フリガナ			ローマ字(姓→名の順)	通信先	勤務先・自宅
氏名			西暦 年 月 日生		
			(男 ・ 女)		
医籍登録	第 号	登録日	西暦 年 月 日	学博	あり・なし
研究領域	一般 血液 生化学 免疫血清 微生物 病理 細胞診 染色体 生理 輸血 情報 遺伝子 その他()				
業務	大学病院検査室 一般病院検査室 検査会社 その他()				
所属				役職	
住所	〒				
所属電話	(内線)			FAX	
Eメール	(筆記体は使用しないでください) @				
自宅住所	〒			電話	
				FAX	
最終学歴			卒業年月日	西暦 年 月 日	
所属学会	日本臨床検査医学・日本医療検査科学・臨床化学・病理・輸血・臨床血液 ・検査血液・医療情報・その他()				
他の資格	病理専門医 細胞診指導医 産業医 内科認定医 その他()				
その他()					
履 歴					
西暦	年	月	日		
西暦	年	月	日		
西暦	年	月	日		
西暦	年	月	日		
西暦	年	月	日		
西暦	年	月	日		
西暦	年	月	日		
西暦	年	月	日		

上の太枠内に記入し、該当する項目を○で囲んで下さい

事務局 使用欄					
認定番号		認定日	西暦 年 月 日	入会日	西暦 年 月 日