

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	西暦 年 月 日 学位 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	日本臨床検査医学会 ・ 日本医療検査科学会 ・ 日本臨床化学会 ・ 日本病理学会 ・ 日本輸血学会 ・ 日本血液学会 ・ 日本検査血液学会 ・ 日本医療情報学会 ・ その他() ・ なし		
他の資格	病理専門医 細胞診専門医 産業医 総合内科専門医 その他()、なし		
その他()			
履 歴 (大学卒業を含め、現在までの職歴等(行数が不足の場合は主たるもの))			
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