ICMT認定申請書1

感染制御認定臨床微生物検査技師（ICMT）認定申請書

※申請番号

ICMT協議会　御中

西暦　　 　年 　　月 　　日

フリガナ

申請者氏名 　印

 生年月日：　西暦 　 年　　月　　日生

 性別：男　・　女　(何れかに○を付けてください)

現住所　　　〒

勤務先住所　〒

勤務先名

部　　署　　　　　　　　　　　　　　　　　役　　職

　　　Tel： 　　　（　　　） 　Fax：　　　　（　　　）

認定臨床微生物検査技師資格取得年月日 西暦 　　年　　　月　　　日

ICMT IDカード作成用の写真を貼付してください

写真サイズ：4.5cm×3.5cm（パスポート用サイズ）

白黒・カラーどちらでも可

※IDカードに写真の掲載を希望しない場合は写真なしで作成するこ

ともできます。その場合写真の部分が空白のカードになります。

写真あり　　写真なし　　（どちらかに○をつけてください）

※は記入しないでください。