様式1

認定臨床微生物検査技師 受験申請書

認定臨床微生物検査技師制度協議会会長殿

私は認定臨床微生物検査技師制度協議会制定の認定臨床微生物検査技師の認定を受けたく、この申請書に必要書類と申請料（15,000円）を添えて申請します。

申 請 日 西暦 年 月 日

申請の種類：　1.　認定臨床微生物検査技師単独申請

2.　ICMTとの同時申請　　　　　　　　　（どちらかに○印）

申請者氏名： 印 （旧姓： ）

ローマ字名：名 姓

生年月日：西暦 　 年 　 月 　 日

臨床検査技師免許：第 号 西暦 　 年 　 月 　 日 取得

住所（自宅）：〒 －

 電話（ ） －

勤務先名： 所属：

勤務先所在地：〒 －

 電話（ ） － 内線

 FAX（ ） －

学歴・最終学歴：　 　　　　　 　　　　　　年　　月卒業

職歴（臨床検査技師免許取得後の略歴）

 施設名 所属名

　　　年　月～　　　年　月　：

　　　年　月～　　　年　月 ：

　　　年　月～　　　年　月　：

認定研修施設勤務5年以上の有無 ： 有 、 無 （どちらかに○印）

認定研修施設勤務5年以上の申請者の指定講習会 ： 受講する 、 受講しない

 （該当者はどちらかに○印）

以上