様式3-1（認定施設勤務者または臨床微生物学教育従事者用）

認定臨床微生物検査技師受験申請

認定施設勤務者または臨床微生物学教育従事者用証明書

申請者氏名：

認定研修施設での微生物検査実務または臨床微生物学教育担当期間の記録

施設名 所属名(部､科)

　　　年　月～　　年　月　：　　　　　　　　　　　　 　 勤務

　　　年　月～　　年　月　：　　　　　　　　　　　　 　 勤務

　　　年　月～　　年　月　：　　　　　　　　　　　　 　 勤務

上記申請者は、当施設で5年以上にわたり微生物検査または臨床微生物学教育に従事したことを証明いたします。

認定臨床微生物検査技師 認定証番号： 第 号

所属 ：

氏名 ： 印

以上