

国際細胞検査士試験出願方法の詳細説明

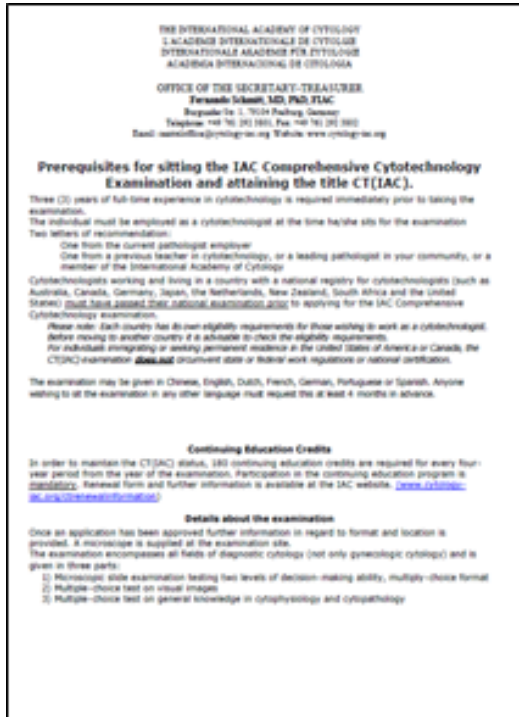
【願書について】

IAC 願書は全部で4ページあります。

ご提出いただくのはその内の3枚です。

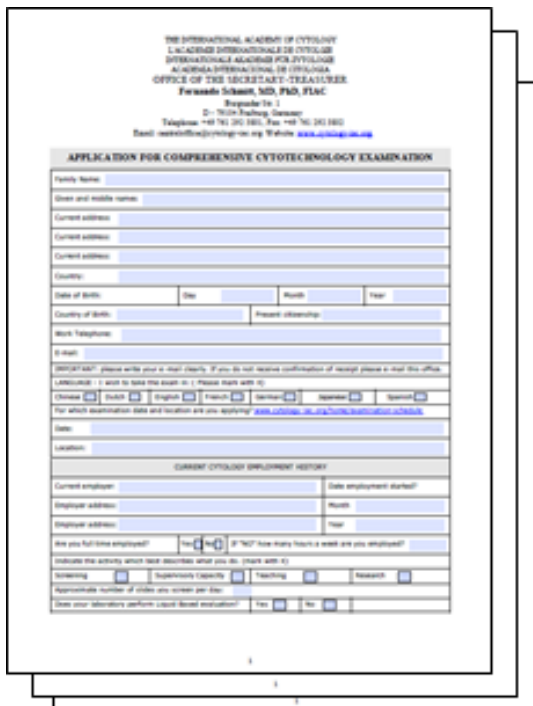
内容を良くお読みになり、記載漏れ等無い様よくご確認いただいてからご提出願います。

提出書類に不備があった場合は、再提出していただく事になりますのでご注意ください。



1 ページ目

IAC 試験について受験資格等の説明



2～4 ページ目

願書

全てを記載しご提出ください

《願書詳細説明と記入方法》

全て英語で記載してください。

THE INTERNATIONAL ACADEMY OF CYTOLOGY
 L'ACADEMIE INTERNATIONALE DE CYTOLOGIE
 INTERNATIONALE AKADEMIE FÜR ZYTOLOGIE
 ACADEMIA INTERNACIONAL DE CITOLOGIA
 OFFICE OF THE SECRETARY-TREASURER
 Fernando Schmitt, MD, PhD, FIAC
 Burgunder Str. 1
 D - 79104 Freiburg, Germany
 Telephone: +49 761 292 3801, Fax: +49 761 292 3802
 Email: centraloffice@cytology-iac.org Website: www.cytology-iac.org

APPLICATION FOR COMPREHENSIVE CYTOTECHNOLOGY EXAMINATION

Family Name:			
Given and middle names			
Current address:			
Current address:			
Current address:			
Country: JAPAN			
Date of Birth:	Day	Month	Year
Country of Birth:		Present citizenship:	
Work Telephone: ^{注1} 81-3-5577-4680			
E-mail:			
IMPORTANT: please write your e-mail clearly. If you do not receive confirmation of receipt please e-mail this office.			
LANGUAGE - I wish to take the exam in: (Please mark with X)			
Chinese <input type="checkbox"/>	Dutch <input type="checkbox"/>	English <input type="checkbox"/>	French <input type="checkbox"/>
German <input type="checkbox"/>	Japanese <input checked="" type="checkbox"/>	Spanish <input type="checkbox"/>	
For which examination date and location are you applying? www.cytology-iac.org/home/examination-schedule			
Date: MAY 28 2016			
Location: Tokyo Japan			
CURRENT CYTOLOGY EMPLOYMENT HISTORY			
Current employer: 所属先名		Date employment started? 入社日(下に記入)	
Employer address: 勤務先住所		Month	
Employer address:		Year	
Are you full time employed?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	If "NO" how many hours a week are you employed?
Indicate the activity which best describes what you do. (mark with X) どの分野で勤務しているか			
Screening <input type="checkbox"/>	Supervisory Capacity <input type="checkbox"/>	Teaching <input type="checkbox"/>	Research <input type="checkbox"/>
Approximate number of slides you screen per day: 一日約何枚のスクリーニングを行っているか?			
Does your laboratory perform Liquid Based evaluation?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

勤務先は「液状検体」を行っていますか?

1

受験者の住所、誕生日、電話番号、メールアドレス等をご記入ください

現在の勤務先情報

注1

電話番号の書き方は以下の様になっております

例) 03-5577-4680 の場合

81-3-5577-4680



日本の国番号

市外局番の頭の0を除いたもの

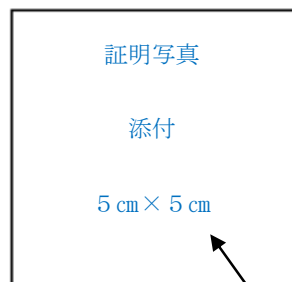
市外局番以外の部分

Describe type and average yearly volume of cytology performed in laboratory in which you are currently employed. (Slides per year) 現在の勤務先で年間にどの種類の検体を何枚スクリーニングしていますか?				
Female genital tract	Body fluids	Respiratory tract	Fine needle aspirates	
Gastrointestinal	Genitourinary	Other		
TOTAL YEARS OF EXPERIENCE IN CYTOTECHNOLOGY INCLUDING TRAINING PERIOD: トレーニング期間を含めた細胞検査技師の経験期間(年) ※3年以上の経験が必要です			<input type="text"/> Years	
PAST CYTOLOGY EMPLOYMENT HISTORY 過去の職歴				
Previous Employer: 施設名	From:	Until:		
Address 住所				
Address:				
In what capacity: どのような勤務か? (常勤 or 非常勤)				
Previous Employer:	From:	Until:		
Address:				
In what capacity:				
TRAINING IN CYTOTECHNOLOGY 養成機関				
Training period is considered as experience. Experience				
Name of school or Teaching Institution. 学校名または教育機関名				
Address: 住所				
細胞診を学んだ期間				
Length of Cytology Training:	Began: 入学日	Completed: 修了日		
Describe type and average yearly volume of cytology performed in laboratory associated with your cytology training school (state slides per year of school laboratory) 養成機関で年間どれくらいの細胞診に携わったか				
Female genital tract	Body fluids	Respiratory tract	Fine needle aspirates	
Gastrointestinal	Genitourinary	Other		
TOTAL TECHNICAL EXPERIENCE IN CYTOTECHNOLOGY				
Figure and enter the approximate number, estimating your total experience in cytotechnology for the following: (If non enter "zero"; estimate to the nearest hundred, thousand etc. Do not write "tens", "hundreds" etc.)				
To the best of my knowledge my total life-time experience in cytotechnology is as follows (slides)				
Female genital tract:	Respiratory tract:			
Gastrointestinal tract:	Genitourinary tract:			
Body fluids:	Fine needle aspirates:			
Other:				
GENERAL EDUCATION				
GENERAL EDUCATION 一般教育	NAME AND LOCATION	期間	称号	卒業
Grade School or Primary School	小学校			
High School or Gymnasium	高校			
College	専門学校・専修学校			
University	大学			

養成機関	OTHER TRAINING	期間	称号	卒業
TRAINING IN TECHNICAL FIELDS OTHER THAN CYTOTECHNOLOGY	NAME AND LOCATION	MONTHS SPENT	DEGREE	YEAR OF GRADUATION
Medical Technology School	臨床細胞学の学校			
Histotechnology School	組織技術の学校			
Tissue Culture Training	組織培養の学校			
Other (specify)	その他 (具体的に)			
AFFIDAVIT SIGNED BY APPLICANT				
I solemnly declare that – to the best of my knowledge – all statements made on this application are true.				
Signature of applicant 署名			Date 記載年月日	
NAME TO BE INSERTED INTO REGISTRY CERTIFICATE				
If awarded the CT(IAC) Registry Certificate, I wish my name to appear on the certificate as follows:				
First Name Middle Name Last Name				
REQUIRED ENCLOSURES – DO NOT SEND ORIGINAL DOCUMENTS				
We recommend that you keep a copy for your own files.				
The following items must accompany this application			FOR OFFICIAL USE ONLY	
A. Two (2) letters of recommendation			Yes	No
One from your current pathologist employer The other from your previous teacher in cytology; or a leading pathologist in the community; or a member of the International Academy of Cytology			Yes	No
B. One photograph – passport size			Yes	No
C. If there is a national registry examination for cytotechnologists in your country and/or the country in which you are currently working (such as Australia, Canada, Germany, Japan, the Netherlands, New Zealand, South Africa, United States of America) it will be necessary to send a copy of the Cytotechnology Registry Certificates. For German candidates please submit a copy of your certificate from the Deutsche Gesellschaft für Zytologie			Yes	No
			Not applicable	
D. Official transcripts of your educational background. This is not needed if the applicant attaches a copy of a national registry certificate. (See B above).			Yes	No
			Not applicable	
The applicant will be notified by e-mail if the application is approved.				
The fee will be refunded if the applicant is not accepted to sit for the examination.				
No refund will be made if the candidate is approved but does not appear at the examination site.				

必ずご記入願います

PLEASE ATTACH YOUR PHOTOGRAPH IN THIS SPACE



5 cm×5 cmの証明写真を貼り付けてください。
同じ写真をもう一枚添付してください (受験票貼付け用。裏面に氏名を書く事)

【推薦状について】

受験には推薦状が2通必要です。

「所属長用」と「細胞診専門医用」それぞれ必要事項を全て記入していただき、願書用紙3枚と一緒にご提出願います。

※「所属長用」と「細胞診専門医用」は、必ず別の人に記載してもらってください。

(所属長用)	
推 薦 状	
以下の細胞検査士は、日頃の業務状況を鑑みるに、2017年国際細胞検査士試験を受験するに十分な能力があると思われるので、推薦いたします。	
推薦する細胞検査士	細胞診専門医用)
CI 番号：	細胞検査
氏 名：	す。
年 月 日	
施設名：	日
役職名：	
氏 名：	印
	印
<p>必ず押印する事 個人印・公印どちらも結構です。 拇印は不可です。</p>	

【受験料振り込みについて】

郵便局の青枠の用紙にて、下記内容を参考にお振込みください。

なお、振り込んだ後の受領証コピーは願書等と一緒に郵送願います。

払込取扱票		振替払込請求書兼受領証	
00	口座記号・番号はお間違えのないよう記入してください。	口座記号	口座番号(右詰めで記入)
00120-2	600598	00120-2	600598
金額	千：百：十：万：千：百：十：円	金額	千：百：十：万：千：百：十：円
¥26000		¥26000	
加入者名	日本臨床細胞学会	加入者名	日本臨床細胞学会
通信欄	国際細胞検査士試験受験料 2017年	ご依頼人	ご住所・氏名等 ご自身でご記入ください
ご依頼人	様	料金	円
日附印		備考	

各票の※印欄は、ご依頼人様においてご記入ください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。

この受領証は、大切に保管してください。

振り込んだ後の「受領証」はコピーし、願書等と一緒に送付してください

用紙を使用せず、直接口座へ入金する際は、以下の口座へお願いいたします。

その際には「会員番号」「氏名」「入金名目」を必ずメッセージ入力してください。

入力例：「2017IAC ジュケンリョウ 99999999 サイボウタロウ」

《振込先口座》

●ゆうちょ銀行から

口座番号：00120-2-600598

口座名義名：シヤ) ニホンリンショウサイボウガツカイシカクニンテイシケ

●他行から

銀行名：ゆうちょ銀行

支店名：019店(ゼロイチキュウ)

口座種類：当座

口座番号：0600598

口座名義名：シヤ) ニホンリンショウサイボウガツカイシカクニンテイシケ

以上