

## 細胞検査士資格認定試験願書

フリガナ		性 別	写真貼付欄  正面・半身・5×5cm 半年以内撮影のもの	
氏 名		男 ・ 女		
ローマ字				
生年月日	※西暦で記入 年 月 日生	満 歳		
会員番号 (8桁)	※すでに会員番号をお持ちの方			
1次試験受験地	大阪			
過去の受験歴	※受験した年を西暦で記入			
<b>受験区分</b> (該当する一つに○を付けてください)				
1. 一般 (大学院生含む)				
2. 1次試験免除者 (昨年度の1次試験合格、2次試験不合格者)				
3. 細胞検査士資格喪失者の再受験者で1次試験免除該当者				
4. 細胞診技術者養成機関卒業生				
5. 4年制大学の細胞検査士養成課程修了者で大学卒業生				
合否連絡先 (郵送物送付先)	〒 ー			
メールアドレス				
電 話 番 号	※携帯電話が無い時は必須	携 帯 電 話 番 号	※電話番号が無い時は必須	
勤 務 先 名				
部 署 名				
勤 務 先 住 所	〒 ー			
電 話 番 号	内線番号			
臨床検査技師	※西暦で記入 年 月 日 番号			
衛生検査技師	※西暦で記入 年 月 日 番号			

