

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・5×5 cm 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			
受験区分 (該当する一つに○を付けてください)				
1. 細胞診技術者養成機関卒業見込み者				
2. 4年制大学の細胞検査士養成課程修了者で大学卒業見込み者				
合否連絡先 (郵便物送付先)	〒 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	
養成機関名				
養成機関 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			
養成期間				月

出願者氏名

養成課程修了証明書

(修了予定も含む)

上記の者、当機関の養成課程を修了した事を証明します

年 月 日 (西暦で記入)

機 関 長 院長
所長 施 設 名
役 職 名
氏 名

⑩

身体検査証

出願者氏名

上記の者、細胞検査を行うにあたり必要な認識や思考、行動、意思疎通を正しく行うことに障害をきたすような視覚障害、色覚障害あるいは精神疾患がないことを証明する。

年 月 日 (西暦で記入)

医 師 施 設 名
氏 名

⑩