

細胞検査士資格認定試験
養成課程修了証明書・健康診断書
(養成機関所属者用)

第58回

フリガナ	サイボウシロウ			出願者氏名を記載 してください
出願者氏名	細胞 志朗			
養成期間	2025年2月1日～11月30日		10	ヶ月

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

記載日、施設名、役職名、
証明者氏名、印鑑、全て漏
れなく記載してください

西暦 2025 年 8 月 10 日

機関長	所長	※院長・所長等
施設名	神田細胞検査士養成所	
役職名	所長	
氏 名	神田 和夫	

個人印ではなく
施設の印を押し
てください

社判印

健康診断書

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。

記載日、施設名、
医師氏名、印鑑、
全て漏れなく記
載してください

西暦 2025 年 8 月 10 日

医師施設名	駿河台総合病院
医師氏名	細胞 恵子

細胞印

※一番上に出願者氏名を記入してください。

※養成課程修了証明書・健康診断書は、入力いただける箇所はそのまま入力いただき、
機関長・医師の署名押印等は印刷のうえ、手書きにてご記入ください。
印刷した状態で色がついていても問題ございません。全ての項目を漏れなく記載・押印してください。

※養成課程修了証明書はこちらに正式な押印がされている場合、別途、養成機関の修了予定証の
ご提出は不要です。ただし、修了後は必ず修了証明書を提出してください。
大学卒業見込み者は大学卒業見込み書の提出は必須です。