**一般社団法人 日 本 臨 床 検 査 専 門 医 会 入 会 申 込 書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | ローマ字（姓→名の順） | 通信先 | 勤務先 ・ 自宅 |
| 氏 名 |  |  | 西暦 年 月 日生 |
| （ 男 ・ 女 ） |
| 医籍登録 | 第 号 | 登録日 | 西暦 年 月 日 | 学博 |  あり ・ なし |
| 臨床検査専門医 | 取得済 (認定番号**：** ) ・　なし |
| 研究領域 | 一般 血液 生化学 免疫血清 微生物 病理 細胞診 染色体 生理 輸血 情報）遺伝子 その他（ |
|  |
| 業 務 | 大学病院検査室 一般病院検査室 検査会社 その他（　　　　　　） |
| 所 属 |  | 役職 |  |
| 住 所 | 〒 |
| 所属電話 | （内線 ） | ＦＡＸ |  |
| Ｅメール | （筆記体は使用しないでください） |
| 自宅住所 | 〒 | 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 最終学歴 |  | 卒業年月日 | 西暦　年　月　日 |
| 所属学会：日本臨床検査医学会 （ 入会済　・　未入会 ） その他の学会**：**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 専門・認定資格(臨床検査専門医以外)**：** |
| 履 歴 |
| 西暦年月日 |  |
| 西暦年月日 |  |
| 西暦年月日 |  |
| 西暦年月日 |  |
| 西暦年月日 |  |
| 西暦年月日 |  |
| 西暦年月日 |  |
| 西暦年月日 |  |
| 西暦年月日 |  |

**上の太枠内に記入し、該当する項目を○で囲んで下さい**

|  |
| --- |
| 事 務 局 使 用 欄 |
| 会員番号 |  | 入会日 | 西暦 年 月　 日 | 入金日 | 西暦 年 月 日 |