

感染制御認定臨床微生物検査技師 (ICMT) 認定申請書

* 申請番号

日本臨床微生物学会
ICMT 認定審査委員会 御中

西暦 年 月 日

フリガナ
申請者氏名 _____ 印

生年月日： 西暦 年 月 日生

性別： 男・女 (○を付けて下さい)

現住所 〒 _____

勤務先住所 〒 _____

勤務先名 _____

部署名 _____ 役職 _____

Tel. _____ () _____ Fax. _____ () _____

認定臨床微生物検査技師資格取得年月日 西暦 年 月 日

* は記入しないでください。