認定臨床微生物検査技師・ICMT更新申請書1

認定臨床微生物検査技師・ICMT更新申請書

認定臨床微生物検査技師制度協議会会長殿

ICMT協議会会長殿

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 (○を付けてください)

現住所 〒

（都道府県から記入のこと）

勤務先住所 〒

（都道府県から記入のこと）

勤務先名 役職

Tel： （ ） Fax： （ ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定名称 | 認定証番号 | 資格取得・更新年 |
| 認定臨床微生物検査技師 | 第　　　　　　　　　　　号 | 西暦　　　　　年 |
| ICMT | 第　　　　　　　　　　　号 | 西暦　　　　　年 |

※資格取得・更新年は、認定証に記載されている1月1日の該当年を記載のこと。

ICMT IDカード作成用の写真を貼付してください

　　　　　　　　　　　　 写真サイズ：4.5cm×3.5cm（パスポート用サイズ）

白黒・カラーどちらでも可

※IDカードに写真の掲載を希望しない場合は写真なしで作成

することもできます。その場合写真の部分が空白のカードに

なります。

写真あり　　写真なし　　（どちらかに○をつけてください）