ICMT認定申請書1

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

ICMT協議会　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　(何れかに○を付けてください)

現住所　　　〒

勤務先住所　〒

勤務先名

部　　署　　　　　　　　　　　　　　　　　役　　職

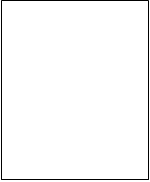
　　　Tel： 　　　（　　　） 　Fax：　　　　（　　　）

認定臨床微生物検査技師資格取得年月日 西暦 　　年　1　月　1　日

※資格取得年は、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）

※は記入しないでください。