様式１

申請日：西暦　　　年　　　月　　　日

認定臨床微生物検査技師制度協議会会長殿

申請者氏名：　　　　　　　　　　　　印

認定臨床微生物検査技師更新申請書

〇 認定臨床微生物検査技師の更新を申請いたします。

１．認定臨床微生物検査技師　認定証番号：第　　　　　　　号

２．資格取得・更新年　　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。

３．　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日：西暦　　　年　　月　　日生）

４．自　宅：住　所　〒　　　 　－

 （都道府県から記入）

　　　　　　　電　話：

５．勤務先：施設名：

　　　　　　　所　属：

　　　　　　住　所　〒　 　　　－

 （都道府県から記入）

　　　　　　　電　話：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

　６．E-mail：

以上