日本臨床検査医学会 遺伝子関連検査精度管理医

資格認定・更新申請書

申請日　西暦　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な |  |
| 申請者氏名 | 　　　　　　　　　　　　男　　　　　　　　　　　　女西暦　　　　年　　月　　日生　　　歳 |
| 会員番号 |  |
| 認定申請いずれかに○をつけてください | 新規・更新更新の場合：遺伝子関連検査精度管理医番号（　　　　　　） |
| 機構専門医番号 |  |
| 勤務先名 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| Emailアドレス※原則会員マイページと同じ |  |

受講したコンテンツのうち8回分のタイトルを下記に記載し、その受講証コピーを別紙で提出してください。（1．には受講必須のコンテンツ名を記入すること）※9回以上受講された場合も、記載は8回分のみで構いません。

1. 遺伝子関連検査の質保証（必須）

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

【事務局記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 年　　 月　　 日 | 係　印 |  |