日本病理学会　第1回分子病理専門医試験願書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 本人印 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |  | 旧姓 |  |
| 生年月日 | 西　暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 性別 |  |  |
| 年齢 |  | 歳 |
| 現住所 |  | 電話 |  |
| 勤務先 |  | 職名 |  |
| 勤務先所在地 |  | 電話 |  |
|  E-mail |  | FAX |  |
| 日本病理学会会員番号 |  | 病理専門医番号 |  |
| 申請年度までの会費を完納している |  |  |
| 分子病理専門医（暫定）である |  |  |
| 所属施設（勤務先）について |  |  |  |  |
| エキスパートパネルに3回以上参加している |  |  |
| 講習会受講日＊ | 分子病理専門医講習会 | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| ゲノム病理標準化講習会 | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|

|  |
| --- |
| 写真貼付欄（写真裏面に氏名を記入の上，全面貼付のこと）眼鏡をかけて受験する方は眼鏡をかけた状態の写真とする.最近3 か月以内半身・正面・脱帽5cm×4cm |

 | ※受験番号（記入しない） |  |
| 氏名 |  |

＊参加した講習会が複数回の場合は、直近の講習会参加日1回分をご記入ください。（添付受講修了証と同一のこと）

※必ずA4サイズで1枚に納まるように印刷すること。