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。