


日本病理学会 第1回分子病理専門医試験願書

ふりがな	やまだ いちろう	本人印	ふりがな	
氏名	山田 一郎		旧姓	
生年月日	西暦 1976 年 2 月 18 日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		年齢	44 歳	
現住所	〒113-0034 文京区湯島 1-2-5	電話	(03)3353-1538	
勤務先	〇〇大学医学部附属病院 病理診断科	職名	助教	
勤務先所在地	〒113-0034 東京都文京区湯島 1-5-45	電話	(03)3353-1632	
E-mail	byori@ocn.co.jp	FAX	(03)3353-1633	
日本病理学会会員番号	099999	病理専門医番号	009876	
申請年度までの会費を完納している	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
分子病理専門医（暫定）である	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
所属施設（勤務先）について	<input checked="" type="checkbox"/> がんゲノム医療 中核拠点病院	<input type="checkbox"/> がんゲノム 医療拠点病院	<input type="checkbox"/> がんゲノム 医療連携病院	<input type="checkbox"/> その他
エキスパートパネルに3回以上参加している	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
講習会 受講日 *	分子病理専門医講習会	西暦	2019 年 5 月 30 日	
	ゲノム病理標準化講習会	西暦	2019 年 10 月 4 日	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>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</p> </div>		※受験番号 (記入しない)		
		氏名	山田 一郎	

*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。