様式　n_shinsei-1

＊印の欄は記入しないで下さい。

受付番号	＊第　　—　　号	受付年月日	＊
受領番号	＊第　　—　　号	登録年月日	＊
登録期間	＊自　　至	備　　考	＊

日本人類遺伝学会臨床細胞遺伝学認定士認定申請書

２０　　年　　月　　日

日本人類遺伝学会理事長殿

私は日本人類遺伝学会・臨床細胞遺伝学認定士の認定を受けたく、必要書類および認定受験手数料（郵便振替振込金受領書のコピー）を添えて申請します。

ローマ字			印	職種	医師 技術者 研究者 他（　　）		
申請者氏名							
生年月日	１９　　年　　月　　日		男・女	主な専門分野	先天異常	出生前診断	腫瘍
研修番号	第　　号	研修期間	西暦　　年　　月　　日～　　年　　月　　日				
自宅住所	〒　　—　　電話：　　FAX：　　e-mail：						
勤務先名 部局名							
同上所在地	〒　　—　　電話：　　FAX：　　e-mail：						

記入注意：黒インクまたは黒ボールペンを使用し、楷書で記入して下さい。

＊改姓（名）した方は、旧姓（名）を括弧付で記入して下さい。

添付書類：①郵便振替払込金受領書のコピー

②認定士認定申請書

③研修証明書

④研修記録

⑤活動実績

⑥履歴書

認定試験受験手数料：２万円を郵便振替にて、下記宛に送金して下さい。

口座番号：００１４０－１－３１６７３８

名称：臨床細胞遺伝学認定士制度委員会

様式 n_shinsei-2

研修証明書

私は臨床細胞遺伝学認定士・指導士として、下記の臨床細胞遺伝学認定士試験申請者が研修期間に適切な臨床細胞遺伝学の研修を行ったことを証明します。

西暦　　年　　月　　日

<table>
<tr><td colspan="2">臨床細胞遺伝学認定士
認定試験申請者氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">責任指導士
氏名
（自署）</td><td></td><td colspan="2">姓</td><td colspan="2">名</td><td></td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">印

（捺印必須）</td></tr>
<tr><td>漢　　字</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>ローマ字</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>研修番号</td><td>第　　号</td><td>研修期間</td><td colspan="3">西暦　　年　　月　　日～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">勤務施設名／所属名／職名</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

※研修者が研修施設以外で研修を行った際は指導方法を該当する□にレ印を付け、具体的に記入して下さい。

□染色体検査の対面指導　（約＿＿＿＿回／月，計＿＿＿＿＿＿＿回）

□勉強会等への参加　（約＿＿＿＿回／月，計＿＿＿＿＿＿＿回）

□その他：

様式 n_shinsei-3

学会出席・発表の目録（別紙追加可）

学会名	年月日	場所	出席・発表の別（○印を付けて下さい）	発表演題名	単位
			出席・発表		
			出席・発表		
			出席・発表		
			出席・発表		
			出席・発表		
			出席・発表		
			出席・発表		
			出席・発表		
			出席・発表		

研修会・セミナーの参加目録（別紙追加可）

研修会・セミナーの名称	年月日	場所	単位

様式 n_shinsei-4

履　歴　書

平成　　年　　月　　日

ふりがな		性別 男　・　女
氏　　名		本籍 都　・　道 府　・　県
生年月日	年　　月　　日　生まれ	
現 住 所	〒　　—　　電話：　　FAX：　　e- mail：	

学　　歴

年　　月	学 校 名（高校卒業以上）	卒業（終了）・退学	取得学位

職　　歴

年 月 日	履　歴　事　項

様式　n_shinsei-6

論文記録

	タイトル	著者	雑誌名	巻	頁	発行年月	筆頭者 共著者	単位数
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								