

記載例

- ・赤字部分漏れなく記載すること
- ・押印を忘れないこと
- ・チェック項目のチェックを忘れないこと
- ・会員番号、専門医番号に記載間違いに注意すること
- ・講習会受講日の記載間違いに間違いに注意すること

日本病理学会 第2回分子病理専門医試験願書

ふりがな 氏名	やまだ いちろう 山田 一郎	本人印 山田	ふりがな 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	45 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	
		口腔病理専門医番号*		
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;"> 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 </div>		※受験番号 (記入しない)		
		氏名	山田 一郎	

* 専門医番号は病理専門医番号もしくは口腔病理専門医番号一方のみご記入ください。

** 参加した講習会が複数回の場合、直近の講習会参加日 1 回分をご記入ください。（添付する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。