日本病理学会　第3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 |  |
| 勤務先住　所 |  | 電話 |  |
|  E-mail |  |
| 日本病理学会会員番号 |  | 病理専門医番号＊ |  |
| 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 |  |  |
| 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※データ写真を貼り、印刷も可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（記入のこと）（ワープロ可） |  |

＊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。