

## 認定骨髓検査技師 更新申請書

申請日 年 月 日

|                  |                        |       |                                                           |
|------------------|------------------------|-------|-----------------------------------------------------------|
| フリガナ             |                        |       | 写真<br>※写真裏面に氏名を記入して<br>下さい<br>※写真のサイズはパスポート<br>サイズをお願いします |
| 申請者氏名            | 印                      |       |                                                           |
| 日本検査血液学会<br>会員番号 |                        |       |                                                           |
| 生年月日(西暦)         | 年                      | 月 日 才 |                                                           |
| 骨髓検査技師           | 取得年月<br>認定番号           | 年 月   |                                                           |
| 送付先              |                        |       |                                                           |
| 自宅               | 〒<br>TEL: - - FAX: - - |       |                                                           |
| 勤務先              | 勤務先名                   |       |                                                           |
|                  | 部 署                    |       |                                                           |
|                  | 〒<br>TEL: - - FAX: - - |       |                                                           |
| Eメールアドレス         |                        |       |                                                           |
|                  |                        |       |                                                           |