一般社団法人日本医療検査科学会　理事長宛

**認定POCコーディネーター制度申請（２０　 　年度）**

**認定登録申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受験番号 | ※特別移行措置の方は不要 |  | |
| （ふりがな）  氏　　　　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 会員番号 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 勤務先 |  | | |
| 所属 |  | | |
| 送付先住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | -　　 　　　　 -　　　　　　　　（内線：　　 　　） | | |
| E-mail(必須) | ＠ | | |
| 医療資格の有無 | □臨床検査技師　　□医師　　□薬剤師　　□その他（　　　　　　 　　） | | |

申込日：２０　　年　　　　月　　　　日

申請料振込み証明書貼付欄

◆提出物チェックリスト

□認定申請書（本紙）※全てご記入ください

□申請料振り込み控え貼付(またはコピー)（本紙）

□提出物チェックリスト（本紙）

□返信用封筒（A4版）(返送先住所、宛名記入済み)

□切手（140円）貼付

申請料振り込み先：

三菱UFJ銀行　本郷支店

店番351　普通預金0156850

名 義：学術用　一般社団法人日本医療検査科学会

カナ名義：ガクジユツヨウ　シヤダンホウジン　ニホンイリョウケンサカガクカイ

□認定証交付の申請先

　〒113-0033　東京都文京区本郷4-2-5　MAビル6F

一般社団法人 日本医療検査科学会

認定POCコーディネーター認定書発行担当者　御中