**（様式２）**

**第10回超音波指導検査士（腹部領域）認定試験個人票**

**※必ずRMS No.を記入して下さい。**

**※個人票は受験者がすべて記入して下さい。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RMS№ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付№ | \* | 受験№ | \* |

 |
| 日本超音波医学会会員番号 |  | 日本超音波検査学会会員番号 |  |
| 受験者氏名 |  | 生年月日 | 19　　　年　　　　月　　　　日生 |
| フリガナ |  | 性別 | 男　 ・ 　女 | 最近6ヶ月以内の写真（脱帽）（縦4×横3ｃｍ） |
| ローマ字 | （姓） | （名） |
| 自宅住所 | 郵便番号 | － | TEL | －　　　　　　　－ |
|  |
| 勤務施設名 |  |
| 所属部署 |  |
| 勤務先住所 | 郵便番号 | － | TEL | －　　　　　　　－　　　　　　　　（内線　　　　　　　　） |
|  |
| FAX | －　　　　　　－ | E-mail |  |
| 普段使用の超音波機器 | メーカー名： |
| 推薦者(指導医または代議員) |  | 指導医№ | SJSUM－ |
| 推薦者所属施設名 |  |
| 受験票及び合否通知の発送先を左記に○で囲んで下さい | 自宅　・　勤務先 |
| 取得領域を左記より○で囲んで下さい | 消化器 | 泌尿器 | 産婦人科 |
| 登録番号 | （　　　　　　－　　　　　　） | （　　　　　　－　　　　　　） | （　　　　　　－　　　　　　） |
| 　保有免許を○で囲んで下さい（以下より） |
| 看護師 | 准看護師 | 臨床検査技師 | 診療放射線技師 |
| 事務局使用欄 | 書類受付 | 受領証発送 | 受験票発送 | 合否判定結果 | 備考 |
| \* | \* | \* | \* | \* |

**\*印は、事務局使用欄です。太字の内枠のみ記入して下さい。**

日本超音波医学会認定超音波検査士制度委員会

**申請者の最終学歴及び職歴**

**（通算13年の腹部超音波検査の従事歴が判るように記入して下さい)**

**※西暦で月まで記載して下さい。**

**※数字は半角を用いて下さい。**

**※表を作成するに当たり、3）以下は自身で適宜数を調整して下さい（削除・追加可）。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) | 年　　月　卒業 | 最終学歴： |
| 2) | 年　　月　国家資格取得（合格） |
| 3) | 年　　月～　　年　　月　（在籍期間：年ヵ月） |
| 勤務先・所属： |
| 4) | 年　　月～　　年　　月　（在籍期間：年ヵ月） |
| 勤務先・所属： |
| 5) | 年　　月～　　年　　月　（在籍期間：年ヵ月） |
| 勤務先・所属： |
| 6) | 年　　月～　　年　　月　（在籍期間：年ヵ月） |
| 勤務先・所属： |
| 7) | 年　　月～　　年　　月　（在籍期間：年ヵ月） |
| 勤務先・所属： |
| 8) | 年　　月～　　年　　月　（在籍期間：年ヵ月） |
| 勤務先・所属： |
| 9) | 年　　月～　　年　　月　（在籍期間：年ヵ月） |
| 勤務先・所属： |
| 10) | 年　　月～　　年　　月　（在籍期間：年ヵ月） |
| 勤務先・所属： |