**（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： | |