

年 月 日

がん研究会 細胞検査士養成所 所長 殿

入 学 願 書

ふりがな
氏 名

(歳)

最終学歴（見込み者も含む）	
学校名	卒業年次 令和・平成・昭和 年 月（卒業・卒業見込）
臨床・衛生（○で囲む）	
検査技師免許取得年月日	令和・平成・昭和 年 月（取得・取得見込）
本年2月現在	<input type="checkbox"/> 勤務している 現在の勤務施設名： <input type="checkbox"/> 無職 最終の勤務施設名：
養成所卒業後の予定勤務先	<input type="checkbox"/> なし （施設名： ） <input type="checkbox"/> あり
現在の勤務施設 または予定勤務施設からの	<input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 休職
現在または前勤務施設について	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 検診センター <input type="checkbox"/> その他（ ）
細胞診検体は	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （総件数： ） <input type="checkbox"/> 自施設で実施 <input type="checkbox"/> 他施設に依頼
細胞診専門医は	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる （ 名）
細胞検査士は	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる （ 名）
本所の受験回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> （ 回目）
志望理由：要領よく簡単にまとめて記入のこと	