認 定 臨 床 染 色 体 遺 伝 子 検 査 師 制 度 (染色体検査分野・遺伝子検査分野) 第4回認定試験(平成22年度)実施要項 <日本臨床衛生検査技師会員用>

I 期 日:平成 22 年 12 月 5 日(日)

Ⅱ 試験会場:日本臨床検査技師会館

〒143-0016 東京都大田区大森北4-10-7

電話: 03-3768-4722

Ⅲ 受験申請料: 20,000円(審査料を含む) 受験申請料は一切返金いたしません。

Ⅳ 登録料: 5,000円 合格発表後、指定の口座へ納付すること。

V 受験資格 : 以下の全てを満たす者

- 1. 日本臨床衛生検査技師会会員で、"日臨技生涯教育研修制度"修了者(平成7~21 年度に修了証書を受領した者)。
- 2. 染色体遺伝子検査実務歴が通算3年以上の者。

VI 受験申請手順

- 1. 受験申請書類は日臨技ホームページ「日臨技認定センター」よりダウンロードしてください。
- 2. 受験者は、受験申請書類<様式1~様式6>に必要事項を記入し、必要書類等を揃えて「日臨技認定センター」宛てに郵送してください。
- 3. 受験申請書受付開始 : 平成 22 年 10 月 18 日 (月)
- 4. 受験申請書受付締切 : 平成 22 年 11 月5日 (金) (必着)
- 5. 受験申請書類提出先 : 〒143-0016 東京都大田区大森北 4-10-7

社団法人 日本臨床衛生検査技師会 日臨技認定センター宛

※ 封筒の表面に「**認定臨床染色体遺伝子検査師 第4回認定試験受験申請書在中**」と朱記のうえ、住所氏 名を記入すること。

Ⅶ 申請時必要書類

受験申請書 ••••••	(様式1)
経 歴 書	(様式2)
日臨技生涯教育研修制度修了証書写貼付書 ······	(様式3)
審查·受験料振込証明書写貼付用紙 ·····	(様式4)
日臨技専門教育研修課程遺伝子課程履修者 ·······	(様式5)
チェックリスト(申請者本人・資格審査委員兼用) ・・・・・・・・・・	(様式6)

Ⅷ 試 験 日 程:平成22年12月5日(日)

9:40 ~ 10:10 (30分) 受付 10:10 ~ 10:20 (10分) オリエンテーション 10:20 ~ 12:00 (100分) 実技試験 12:00 ~ 13:00 (60分) 昼食・休憩 13:00 ~ 15:00 (120分) 筆記試験

Ⅸ 試験問題: 日臨技ホームページ「日臨技認定センター」を参照ください。

(http://www.jamt.or.jp/)

※ 認定臨床染色体遺伝子検査師制度カリキュラム(平成20年度改訂版)の範囲から出題されます。

【参考出版物】 社)日本臨床衛生検査技師会 出版物

染色体遺伝子の基礎と臨床応用

* 購入方法は会誌「医学検査」、日臨技ホームページを参照してください。

◆認定更新の要件 : 別に定める。(後日公開予定)

認定臨床染色体遺伝子検査師制度 (染色体検査分野・遺伝子検査分野)

第4回認定試験受験申請書

下記の受験申請書を添え, □ 染色体検査分野 □ 遺伝子検査分野 試申請いたします。 (受験する分野に √ してください)	験の受験を
尚、以下の申請書等については虚偽のないことを誓います。	
1. 受験申請書	(様式1)
2. 経歴書	(様式2)
3. 日臨技生涯教育研修課程修了証書写貼付書 •••••••	(様式3)
4. 審查·受験料振込証明書写貼付用紙 ····································	(様式4)
5. 日臨技生涯教育研修制度 専門教育研修課程遺伝子検査課程履修者 ······	(様式5)
6. チェックリスト(申請者本人・資格審査委員兼用) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	(様式6)

申請日 平成 年 月 日

会員番号:

申請者氏名:

印

経 歴 書

								申請日	平成	年	月	日
日	臨技会員番兒	<u>コ.</u> ブ							料	胡 付 筐	前所	
フリ	リガナ											
申	請者氏名						F	 卯	写	真 貼	付	
17.	 -マ字		(姓)		(名)				写直	裏面に足	F 名記:	7
			CII	年	 月	п /	-	歳)		全面 糊		
生.	年月日	たい なった。	S·H	+		日(,	际 人		サイズ		
#	品	查技師免討	十番 芳	0.77		得年月日	н		約三	1 340 mm	×タテ50)mm
免	/ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	+ 11 4T 6 =	kat H	S•H	年	月	日		_			
許	衛生検1	查技師免討	件番号		<i>F</i>	н			_			
Д.				S•H	年	月	日					
	宅住所:〒		郑 / 关 广 旧									
	D.		都道府県									
	EL -	_	_	FAX		_	_	e-mai	1			
	務施設名	_										
勤	務先所在地:	干										
			都道府県									
T	EL -	_		FAX			-	e-mai	1			
職	歴1〈臨床検	查技師免詢	午取得後の	職歴〉		合計		年	月			
		施 設	名			年	月	~ 年	三 月	其	月間	
						年	月	~ £	F 月		年	月
						年	月	~	F 月		年	月
						年	月	~	F 月		年	月
						年	月	~	F 月		年	月
						年			F 月		年	月
						 年			F 月		年	月
部月		ス給杏領に		: ************************************		 合計			' 月		,	<i>,</i> ,
194/.	正2 (文成)	施設		нде/		—————— 年	-		 F 月	並	月間	
		<u> </u>	<u>- Н</u>			 年			<u>/ / / / / / / / / / / / / / / / / / / </u>		,师, 年	月
						 年			<u>/ / / / / / / / / / / / / / / / / / / </u>		- 年	月
						 年	-		<u>/ / / / / / / / / / / / / / / / / / / </u>		- 年	月
						 年			<u>/ / / / / / / / / / / / / / / / / / / </u>		 年	月
						 年			<u>「 </u>		<u>-</u> 年	<u> </u>
						<u> </u>	Л		<u>Р</u> Д		+	刀
上	:記、記載事	項に相違な	ないことを訪	恩めます。)							
	施設長	長•所属長	(役職名)							
			氏 名				ŀ	印				

日臨技生涯教育研修制度 修了証書

会員番号:申請者氏名:

この用紙に、生涯教育研修制度修了証書のコピー(日臨技発行)を貼付してください。

修了証書写 貼 付

審查•受験料振込証明書

会員番号:

申請者氏名:

この用紙に振り込み用紙・領収書等のコピーを貼付してください。

証明書写 貼付

※ 受験申請料20,000円を、下記口座へお手続きください。

銀行名/支店名: みずほ銀行 大森支店

口座種類/口座 : 普通預金 1127137

口座名 : 社団法人 日本臨床衛生検査技師会

日臨技認定センター

日臨技生涯教育研修制度 専門教育研修課程 遺伝子検査課程(染色体50単位、遺伝子70単位)

会員番号:申請者氏名:

修了証書コピー貼付

(本課程を修了された方は、縮小コピーを貼付してください)

チェックリスト

(申請者本人・資格審査委員兼用)

会員番号:申請者氏名:

以下の項目について受験者自身がチェックし、受験者チェック欄に丸印をつけてください。

試験領域:□染色体検査分野 •□遺伝子検査分野

(受験する分野に✔してください)

文書名	様式	チェック事項	受験者 チェック欄	審査員 チェック欄
受験申請書	様式1	署名•捺印		
		写真貼付(6ヶ月以内のもの)		
経歴書	様式2	本人署名·捺印		
		施設長・所属長の役職名及び 署名・捺印		
修了証明書	様式3	写しの貼付		
振込証明書	様式4	振込用紙の貼付		
生) 生	様式5	縮小コピーして貼付		
チェックリスト	様式6	本紙		

※資格審査委員コメント欄