

## 各種認定証の再発行の申込み

必要事項を記入して下記宛に FAX してください。

あて先：日本臨床検査同学院 FAX 03-5282-3118

※ は必ずご記入ください。

再発行料振込日	月 日 予定		
フリガナ ※		フリガナ	
氏名 ※	(認定証に記載する氏名を記入してください)	旧姓 ※	
英文氏名	(*一級は必須です。二級・緊急で英文認定証が必要な方は記入してください。)		
生年月日 ※	西暦 年 月 日	性別 ※	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
勤務先 ※	(お勤めになっていない方は無記入で結構です)		

### ●認定証について

\*取得年月日、番号が不明な方はできるだけわかる範囲で(〇〇年頃など)記入してください。

認定証の種別※	<input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 緊急 (いずれかにチェックを入れてください)		
科目名	(種別が一級、二級の場合のみ記入してください 例：微生物学)		
取得年月日 認定番号	西暦 年 月 日	認定番号：	
再発行の理由※	(例：姓が変わったため、認定証を紛失したため等)		

### ●認定証の送付先、連絡先

住所 ※	〒 (送付先が勤務先の場合は勤務先名、所属も必ず記入してください)		
電話番号 ※		FAX番号	
メールアドレス ※			
連絡事項			

\*認定証の作成は入金確認後、印刷を業者へ依頼するため1ヶ月ほど要します。

お急ぎの方は“連絡事項”欄に「至急」とご入力ください。可能な範囲で対応します。