様式 6-9

臨床遺伝専門医　認定試験問題申込書

西暦＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

臨床遺伝専門医制度委員会　殿

私は臨床遺伝専門医認定試験問題・遺伝医学セミナー模擬試験問題・認定遺伝カウンセラー認定試験問題(全て解答付)の過去問題集の購入を希望します。

現在私は、以下に該当します。(該当する□に印を付けて下さい)

□ 臨床遺伝専門医　あるいは　研修医　である

専門医番号＿＿＿＿＿＿　・　研修医番号＿＿＿＿＿＿

□ 認定遺伝カウンセラー制度修士学生　である

□ 日本人類遺伝学会会員　である

□ 日本遺伝カウンセリング学会会員　である

□ その他：

申請者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：(　　)　　－　　ＦＡＸ番号：(　　)　　－

E-mail　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

発送先が自宅の方は下記にご記入ください。

自宅住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

備考欄

上記必要事項を記載し、ＦＡＸ又はメール添付文書のいずれかの方法で事務局宛にお送り下さい。

〒102-8481　東京都千代田区麹町 5-1
弘済会館ビル 株式会社コングレ内
臨床遺伝専門医制度委員会事務局　行
TEL：(03) 5216-5423、FAX：(03) 5216-5552
E-mail：idensenmoni@congre.co.jp