**認定遺伝カウンセラー®認定試験受験意向確認書**

認定遺伝カウンセラー制度委員会　殿

私 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（氏名を記入して下さい） は、2021年9月25日、26日の日程で行われる、日本遺伝カウンセリング学会および日本人類遺伝学会が運営する、認定遺伝カウンセラー®認定試験の受験を以下の通り希望します。また、受験申請書は、別途送付いたします。

記入年月日： 年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 自宅住所 | 〒  都・道・府・県 |
| （ふりがな）  氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 卒業した 養成課程名 |  |
| 希望する CBT試験会場 (どちらかに○を つけて下さい) | （　）居住地の近隣での受験を希望する  （　）居住地の近隣以外での受験を希望する 　　　（希望する都道府県名：　　　　　　　　　　）  　　　　（希望する市区郡名：　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |