

【様式 gc5-e】

遺伝カウンセラー指導者資格 勤務先変更届

西暦 年 月 日

遺伝カウンセラー制度委員会 殿

私は勤務先変更に伴い、遺伝カウンセラー認定養成課程における遺伝カウンセリング実習施設の証と所属施設の臨床専門医の推薦状を提出いたします。

1. 新勤務先

住 所：〒

勤務先名及び所属：

職 名：

電話番号：() - 、FAX番号：() -

(施設名) は、遺伝カウンセラー認定養成課程である本大学院の遺伝カウンセリング実習施設として学生指導を依頼しています。

大学大学院

認定養成課程責任者 署名 印

* 自宅住所、氏名などを変更された場合には、【様式 gc5-a】を提出ください。

所属施設の臨床遺伝専門医推薦状

_____ 氏（認定遺伝カウンセラー登録番号_____）の認定遺伝カウンセラー指導者資格申請にあたり、下記のごとく、その資格にふさわしいと考え、所属施設の臨床遺伝専門医として推薦いたします。

推薦理由：

申請者の当施設の在職期間： 西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

臨床遺伝専門医の施設名・所属名・職名・専門診療領域：

医師署名 _____ 印

（臨床遺伝専門医登録番号：_____）

尚、当施設は、遺伝カウンセラー認定養成課程である _____ 大学大学院
の遺伝カウンセリング実習施設です。