日本医用マススペクトル学会医用質量分析認定士

認定審査申請書（移行措置）

西暦　　　　年　　　月　　日

日本医用マススペクトル学会　理事長殿

私は、日本医用マススペクトル学会医用質量分析認定士の認定を受けたく、必要書類及び認定・審査料を添えて

申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | 姓 | | | 名 |  |
| 申請者氏名 | ふりがな | | |  | | |  | 印 |
| 漢字 | | |  | | |  |
|
| ローマ字 | | |  | | |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　　日 | | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 勤務施設名/ 所属名/ 職名 |  | | | | | 勤務施設  連絡先 | 〒  TEL:  FAX: E-mail: | |
|
| 自宅連絡先 | 〒  TEL: 　　　　　　　　　　　　　　FAX: | | | | | | | |
| 会員番号 |  | | | | 入会年月日 | | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　　日 | |
| 評議員5年以上 | | | である・でない | | | 郵便振込払込金受領書のコピーを  添付して下さい。 | | |
| 評議員就任日 | | | 西暦　　　　年　　月　　日 | | |
| 現在、理事・監事 | | | である・でない | | |
| 過去に理事・監事・世話人 | | | であった・でなかった | | |
| **記入上の注意**   1. ＊の欄には記入しないで下さい。 2. 会員情報が不明な場合は、   日本医用マススペクトル学会会員窓口(03-5937-0249)へお問い合わせ下さい。 | | | | | |
| ＊受付番号 | |  | | | |
| ＊受付年月日 | | 西暦　　　年　　月　　日 | | | |
| ＊認定士番号 | | 第　　　　　　　　　　号 | | | |
| ＊認定期間 | | 西暦　　　　年　　月　　日から | | | |
| 西暦　　　　年　　月　　日まで | | | |