日本医用マススペクトル学会医用質量分析認定士

更新申請書

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更新を受けたく、必要書類及び認定更新・審査料を添え

て申請します。

**※記載通りに認定証を発行いたします。ご確認の上、正しくご記載ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 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・大学名/ 所属名/ 職名 |  | | | | 勤務施設・大学  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 | |
| 認定士番号 | 第　　　　　　　　　　号 | | |
| 専門領域  （〇で囲む） | 1. 先天代謝異常　②薬毒物　③臨床化学　④臨床微生物　⑤プロテオーム・ペプチド―ム   ⑥メタボローム　⑦イメージング　⑧その他（　　　　　　　　　　　　）　複数選択可 | | | | | | |
| **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へお問い合わせください。  mail: [jsbms-post@as.bunken.co.jp](mailto:jsbms-post@as.bunken.co.jp)  tel：03-6824-9372 | | | | | 郵便振込払込金受領書のコピーを  添付して下さい。 | | |
| ＊受付番号 | |  | | |
| ＊受付年月日 | | 西暦　　　年　　月　　日 | | |
| ＊指導士番号 | |  | | |
| ＊認定期間 | | 西暦　　　　年　　月　　日から | | |
| 西暦　　　　年　　月　　日まで | | |