

※受験番号	
-------	--

受講願 書

公益財団法人 東京都保健医療公社
東京都がん検診センター
所長 富山 順治 様

(写真貼付欄)

写真は上半身無帽・
正面向で3ヶ月以内
に撮影した大きさ
4.5×4.5cmのもの

〒 _____
住 所 _____
ふりがな
氏 名 _____ 印
性別 男・女
生年月日 昭和・平成 年 月 日生

私は、貴センターの細胞検査士養成所を受講したいので、関係書類を添えて申込みます。

推 せ ん 書

上記の者を貴センターが実施する養成所の受講生として推せんいたします。

平成 年 月 日

推せん者

機関名 _____

職・氏名 _____ 印

注1 ※印は記入しないで下さい。

注2 所属長・学校長等の推せんが受けられる方は、推せん書に記入して下さい。