

※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 鶴田 耕二 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。

<h2>推 せ ん 書</h2>	
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。

# 身 上 調 査 書

※ 受験番号

--	--

ふりがな 氏 名	生年 昭和・平成 年 月 日 (満 歳) 月日 平成27年3月末日現在
現住所	〒 _____ 電話 _____
別居の場合 実家住所	〒 _____ 電話 _____
学 歴	年 月 _____ 高等学校卒業
	年 月 _____ 学校入学
	年 月 _____ 学校卒業・卒業見込
技師免許 臨床・衛生(○で囲む)	取 得 年 月 ( 年 月 ) No. _____
技師免許 臨床・衛生(○で囲む)	取得予定年月 ( 年 月 ) _____
現在の 勤務先	事業所名 _____ 電話 _____ 在職年数 _____
	所在地 〒 _____ 年 月 _____
職 年 月から 年 月まで 勤務先名( )	
歴 年 月から 年 月まで 勤務先名( )	
卒業後の勤務予定先の有無	有 ・ 無 施設名( )
現職場からの派遣の有無	有 ( 有給 ・ 無給 ) ・ 無
家 族 の 状 況(本人は除く)	
氏 名	続柄 年齢 同居・別居
氏 名	続柄 年齢 同居・別居
	同・別 同・別
	同・別 同・別
志願理由	
長 所	短 所
特 技	趣 味

# 健康診断書

※ 受験番号

ふりがな 氏名		男 女	生年月日		年 月 日	
身長	・	cm	ツベルクリン反応	既往	既陽性(自然陽転 年 月)	
体重	・	kg		最終BCG 接種年月	年 月	
胸囲	・	cm	エックス線所見	直接 間接		
眼	視 右	・ ( ・ )		所見	異常なし ・ 要精密	
	力 左	・ ( ・ )				
	色 神	正常 色弱( ) 色盲( )				
主な 既往症	肺結核 歳	心臓疾患 歳	肋膜炎 歳	腎 炎 歳	その他の 診断事項	なし ・ あり
気管支喘息 歳	てんかん 歳	その他 歳( )				
備考						
検査の結果、上記のとおり診断する。  平成 年 月 日  所在地 名称 医師氏名 <span style="float: right;">印</span>						

注1 健康診断書は、発行後1か月以内のものとする。  
 2 備考欄には、必要な場合に総合判定等を記入すること。  
 3 該当事項を○で囲むこと。