

心臓血管外科専門医認定試験写真照合票

受験番号 _____
(記入の必要なし)

フリガナ
氏名 _____

生年月日 19 年 月 日

勤務先名称 _____

所属科 _____

写真貼付
(4cm×3cm)

撮影後3ヶ月以内、
正面、脱帽、
上半身のものを
貼付すること

性別 男・女
(どちらかに○)

- * かならず申請者が自署すること
- * 受験番号欄は事務局で記入します
- * 勤務先名称および所属科は、申請時のものを記入して下さい
- * 異動があった場合や、郵送物の送付先に変更があった場合にはメールにてご連絡下さい
ただし、受験票には申請時の勤務先が記載されます
- * 貼付写真は裏面に申請者の氏名を記入すること
- * 用紙は切り取らずにこのままクリアファイル等に入れて申請書に添付すること