

新型コロナウイルス感染症検査業務職員登録票(都道府県技師会名 )

氏名 (ふりがな)	( )
生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 都道府県 区市 町
電話	携帯 ( ) - -
	その他 ( ) - -
メール	携帯 @
	その他 @
勤務状況	現役 ( ) OB ( ) 離職中 ( ) いずれかに○記入してください
経験年数	臨床検査技師として ( ) 年
日臨技会員番号	( ) 非会員 ( ) 日臨技会員 会員番号：
検体採取指定講習会	( ) 受講済み・ ( ) 未受講
今回の希望勤務地	( ) 都道府県 ( ) 区市 <small>(例) 具体的な希望地を記載。希望がなければどこでもと記載。</small>
可能な勤務時間	フルタイムで可能 <input type="checkbox"/>
	パートタイムで可能 <input type="checkbox"/> ( ) 時間程度
	日・月・火・水・木・金・土 (可能な曜日に○をお願いします)
備考	下記業務の経験者は○を記入してください。(複数選択可) ( ) 検体採取 (鼻腔ぬぐい液等) ( ) 微生物検査 ( ) 遺伝子関連検査

【連絡先】 メールアドレス：jamt@jamt.or.jp 篠崎まで