

認定臨床染色体遺伝子検査師制度 (染色体分野、遺伝子分野)

第9回認定試験(平成27年度)実施要項 ＜日本臨床衛生検査技師会会員用＞

I 期 日 : 平成 27 年 12 月 13 日(日)

II 試験会場 : 日本臨床検査技師会館 3 階第一会議室
〒143-0016 東京都大田区大森北 4-10-7
Tel 03-3768-4722

III 受験申請料 : 20,000円(審査料を含む) 受験申請料は一切返金いたしません。

IV 登録料 : 5,000円 合格発表後、指定の口座へ納付すること。

V 受験資格 : 以下の全てを満たす者

1. 日本臨床衛生検査技師会会員で“日臨技生涯教育研修制度”修了者(平成7～26年度の修了証書を受領した者)。
2. 臨床検査技師として3年以上の実務経験であること。
3. 臨床染色体遺伝子検査の実務経験や研究に携わり、1年以上経験を有していること。
4. 学術活動として審査基準単位の中から30単位以上を有すること。

VI 受験申請手順

1. 受験申請書類は日臨技ホームページ「日臨技認定センター」よりダウンロードしてください。
2. 受験者は、受験申請書類＜様式1～様式6＞に必要事項を記入し、必要書類等を揃えて「日臨技認定センター」宛てに郵送してください。
3. 受験申請書受付開始 : 平成 27 年 10 月 13 日(火)
4. 受験申請書受付締切 : 平成 27 年 10 月 30 日(金)(必着)
5. 受験申請書類提出先 : 〒143-0016 東京都大田区大森北 4-10-7

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 日臨技認定センター宛

※ 封筒の表面に「認定臨床染色体遺伝子検査師制度 第9回認定試験受験申請書在中」と朱記のうえ、住所氏名を記入すること。

VII 申請時必要書類

受験申請書	(様式1)
経 歴 書	(様式2)
日臨技生涯教育研修制度修了証書写貼付書	(様式3)
審査・受験料振込証明書写貼付用紙	(様式4)
染色体遺伝子検査に関する学術活動調書	(様式5)
チェックリスト(申請者本人・資格審査委員兼用)	(様式6)

VIII 試験日程：平成27年12月13日(日)

09:40 ～ 10:10	(30分)	受付
10:10 ～ 10:20	(10分)	オリエンテーション
10:20 ～ 12:00	(100分)	実技試験
12:00 ～ 13:00	(60分)	昼食
13:00 ～ 15:00	(120分)	筆記試験

IX 試験問題：

「認定臨床染色体遺伝子検査師制度カリキュラム」(平成27年度改定版)の範囲から出されます。詳細は、日臨技ホームページ「日臨技認定センター」を参照ください。

(<http://www.jamt.or.jp/>)

【参考出版物】

日本臨床衛生検査技師会編：染色体遺伝子検査の基礎と臨床応用、日本臨床衛生検査技師会、東京、2010

入手については日臨技ホームページ「出版物」を参照ください。

◆認定技師資格の認定期間について：

認定資格の認定期間は試験翌年の4月1日から5年間となります。

◆認定技師の氏名公表について：

この制度による認定技師は各地区において指導的な役割を担っていただくことを目標の一つとしていることから特に申し出のない限り、会報等に氏名を公表いたします。

◆認定更新の要件

- 1) 5年ごとの認定更新は有効期間の最終の年におこなうこととする。認定更新申請は更新申請料を添えて、認定期限の1ヶ月前までに申請書類を日臨技認定センターに提出しなければならない。更新期限が切れた資格の追認は行わない。
- 2) 5年間に取得すべき更新申請資格審査基準は、別表の認定臨床染色体遺伝子検査師制度審査基準単位の50単位以上とする。
- 3) 更新時には、日本臨床衛生検査技師会あるいは日本染色体遺伝子検査学会の継続会員であることを必要とする。

経 歴 書

申請日 平成 年 月 日

日臨技会員番号				糊 付 箇 所	
フリガナ				写 真 貼 付 写真裏面に氏名記入 裏全面 糊付禁止 写真サイズ 約 ヨコ40mm×タテ50mm	
申請者氏名		印			
ローマ字		(姓) (名)			
生年月日		S・H 年 月 日 (歳)			
免 許	臨床検査技師免許番号		取得年月日		
			S・H 年 月 日		
	衛生検査技師免許番号				
			S・H 年 月 日		
自宅住所:〒					
都道府県					
TEL — — FAX — — e-mail					
勤務施設名					
勤務先所在地:〒					
都道府県					
TEL — — FAX — — e-mail					
職歴1 <臨床検査技師免許取得後の職歴> 合計 年 月					
施 設 名		年 月 ～ 年 月		期 間	
		年 月 ～ 年 月		年 月	
		年 月 ～ 年 月		年 月	
		年 月 ～ 年 月		年 月	
		年 月 ～ 年 月		年 月	
		年 月 ～ 年 月		年 月	
		年 月 ～ 年 月		年 月	
職歴2 <受験する検査領域における職歴> 合計 年 月					
施 設 名		年 月 ～ 年 月		期 間	
		年 月 ～ 年 月		年 月	
		年 月 ～ 年 月		年 月	
		年 月 ～ 年 月		年 月	
		年 月 ～ 年 月		年 月	
		年 月 ～ 年 月		年 月	
上記、記載事項に相違ないことを認めます。					
施設長・所属長(役職名)					
氏 名 印					

日臨技生涯教育研修制度 修了証書

日臨技会員番号：

申請者氏名：

この用紙に、生涯教育研修制度修了証書のコピー（日臨技発行）を貼付してください。

修了証写 貼 付

日臨技認定センター御中

審査・受験料振込証明書

日臨技会員番号：

申請者氏名：

この用紙に、振り込み用紙・領収書等のコピーを貼付してください。

証明書写 貼付

※ 受験申請料20,000円を、下記口座へ入金してください。

銀行名／支店名	： みずほ銀行 大森支店
口座種類／口座	： 普通預金 1373758
口座名	： シャ)ニホンリンショウエイセイケンサギシカイ ニチリングニンテイセンター

日臨技認定センター御中

染色体遺伝子検査に関する学術活動調書

日臨技会員番号：

申請者氏名：

別表 認定染色体遺伝子検査師制度審査基準単位

原著論文(筆頭)	医学中央雑誌、PubMed に掲載されたもので、内容は遺伝子検査、染色体検査関連に限る	10 単位
原著論文(共同)	同上	5 単位
その他論文(筆頭)	同上	8 単位
その他論文(共同)	同上	3 単位
学会発表(筆頭)	内容は遺伝子検査、染色体検査関連に限る	5 単位
学会発表(共同)	同上	3 単位
学会参加	日臨技全国学会、支部学会または日本染色体遺伝子検査学会参加	10 単位
その他の学会参加	審議会において審査する	5 単位
研修会参加	日臨技や日本染色体遺伝子検査学会が主催する研修会	10 単位
その他の研修会参加	その他の学会が主催する研修会	5 単位
研修会の講師	日臨技や日本染色体遺伝子検査学会が主催する研修会	5 単位

表-1 を参考に単位も記入してください。

番号	論文発表等・学会研修会等参加等報告	単位数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

著書・論文・学会抄録等・参加証等のコピー(表記の番号を付記)を添付してください。
 記入行が足りない場合は本紙をコピーし、様式5－2としてください。

日臨技認定センター御中

チェックリスト

(申請者本人・資格審査委員兼用)

日臨技会員番号：

申請者氏名：

以下の項目について
受験者自身、チェックし、受験者欄に丸印をつけてください。

文書名	様式	チェック事項	受験者 チェック欄	審査員 チェック欄
受験申請書	様式1	本人署名・捺印		
経歴書	様式2	写真貼付(鮮明なもの)		
		本人署名・捺印		
		施設長・所属長の役職名及び 署名・捺印		
修了証書	様式3	写しを貼付		
振込証明書	様式4	振込用紙の貼付		
染色体遺伝子検査に関する学術 活動調書	様式5	実績を列記し移しを添付(付番)		
チェックリスト	様式6	本紙		

※資格審査員コメント欄