

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	() 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