**更新ポイント保留願い**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  |  | 性別 | 申請日 |
| 氏名 | (姓) | (名) | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 所属先 | ふりがな |  |
| 会社名 |  |
| ふりがな |  |
| 部署 |  |
| ふりがな |  |
| 所在地 |  |
| 会員番号 |  | 認定番号 |  |
| Tel |  | Fax |  |
| E-mail |  |
| 保留期間 | 認定証の有効期限： 　　　　年　　　月　　日から1年間 |
| 理由 |  |

【注意事項】

* 記載事項はデータ入力しますので，楷書ではっきりとご記入ください．
* 記載内容に変更が生じた場合は，速やかに窓口宛に「保留又は復帰申請書」を再度ご提出ください．
* 会費が未納の方は、申請書を提出されても無効となりますのでご注意ください．

**上記の個人情報は，実験病理組織技術研究会「資格更新審査」における資料として使用し，第三者に公開ならびに提供することはありません．**

　送付先　：〒　103-0007

東京都中央区日本橋浜町1-2-2

フェザー安全剃刀㈱内 実験病理組織技術研究会　認定制度委員会事務局 座間

[事務局使用欄]

　受付(認定制度委員会事務局)　　　→　　確認(理事長・資格認定制度委員長)