

国際中医薬従業人員資格試験申込表

Application Form for International Qualification Examination for Professionals of TCM

試験類別:

■ 国際中医薬膳管理師

 新規 5 科目再試験 (中医薬膳学基礎 薬膳原料 1 薬膳原料 2 薬膳献立 弁証施膳)

■ 国際中医師

中医学基礎 (新規 継続試験 再試験)中医診断学 (新規 継続試験 再試験)中薬学 (新規 継続試験 再試験)方剤学 (新規 継続試験 再試験)臨床各科 (新規 継続試験 再試験)弁証論治 (新規 継続試験 再試験)

Specialized Subject of Examination:

No. _____ 号

1. 氏名/ Name : _____

※ 姓と名の欄には、パスポート記載と同じ表記 (アルファベット) で記入して下さい。

姓/ Surname :

名/ Given name :

2. 性別/ Sex : 男 Male 女 Female

3. 生年月日 : (日/月/年の順に注意)

Date of Birth: _____ / _____ / _____
Day / Month / Year試験時の使用言語 /
Language for Examination顔写真
裏面に漢字氏名

Photo

35mm × 45mm

4. 国籍 (或いは地区) / Nationality (or Region) :

「世界中医薬学会联合会資格試験部」で記入

5. 試験のランク類別/ Grade of Examination : 1、 2、 3、 4、 5、

6. 連絡住所/ Contact Address :

住所/ Address :

メール/ Mail :

電話/ Tel :

7. 医 (薬、栄養、看護) 学関連の学歴 (学位) : / Medical Education and Academic Degree :

専門学校 Secondary School 短大 Junior College 大学本科 Undergraduate 修士 Master Degree 博士 Doctor Degree 卒業 Graduated 中退 Studied その他 Other ()

8. 師承伝授(個人師事による学習)/ Studying TCM As an Apprentice :

指導教師の氏名/ Master's Name :

国籍 (或いは地区) / Nationality (or Region) :

専門職務/ Professional Position

師事学習の年数/ Period of Apprenticeship :

実践の年数/ Practicing Hours :

9. 自学より従業実績を持つ/ Practicing Medicine for Many Years with Specialty :

従業年数/ Practicing Years :

10. 何時・どここの学校 (或いは学術団体) で中医 (中薬、薬膳、中医看護) 学を勉強したか/
Studied TCM at what Time and which Organization (or Association) :

学習の時間数/ Learning Hours :

従業実践年数/ Practicing Hours :

11. 提出した個人証明 (パスポートコピー) :

Titles of Certificates (duplicated copies) for Reference :

(1) 発行国

(2) 取得日

(3) 有効期限

(4) 旅券番号

受験申請日 : 西暦 (日/月/年の順に注意)

Date of Application : _____ / _____ / _____
Day / Month / Year

申請者サイン Applicant's Signature :

(Items 12-13 are for the office only) 12, 13 項目は「世界中医薬学会联合会」で記入

12. 審査意見 Office Decision :

同意 Approval : 不同意 Disapproval :

審査者 Examiner :

13. 受験票発行日 :

Date of Issuing Examination Permit :

_____ / _____ / _____
Day / Month / Year

世界中医薬学会联合会資格考試部

World federation of Chinese Medicine Societies Qualification Examination Department