

公益社団法人日本臨床工学技士会
理事長 本間 崇 殿

申請者： 一般社団法人〇〇県臨床工学技士会
(代表者名) 日臨工

印

代表者印

「講習会等への認定制度単位付与」申請書

下記のとおり申請致します。

講習会等の：	第1回血液浄化セミナー	
1. 名 称		
2. 開 催 日	2020年 3月 3日	
3. 開 催 場 所	〇〇県 日臨会館 大会議室	
4. 主催者 (団体)	一般社団法人〇〇県臨床工学技士会	
5. 単位付与区分 (いずれかを○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> 血液・ <input type="radio"/> 不整脈・ <input type="radio"/> 呼吸・ <input type="radio"/> 高気圧・ <input type="radio"/> 手術・ <input type="radio"/> 心カテ・ <input type="radio"/> 内視鏡・ <input type="radio"/> 医療機器・ <input type="radio"/> 集中治療	
6. 後 援 団 体	(公社)日本臨床工学技士会	
7. 概 要	(別添資料の添付で可) 別紙参照	
8. 審査結果連絡先	窓口担当者	日本 太郎
	所属先住所	〒〇〇〇-×××× 〇〇県△△市××1-3-4-5F
	所属先名称	一般社団法人〇〇県臨床工学技士会
	TEL/FAX NO.	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	E-mail Address	△△△@××××.jp

【事務局使用欄】

資格要件審査結果通知書

決 定 日	年 月 日		
審 査 結 果	承認 ・ 否認 (理由等：)		
承 認 番 号	CEA決 S — — 号		
該 当 区 分	血液・不整脈・呼吸・高気圧・手術・心カテ・内視鏡・医療機器・集中治療		
備 考	参加の場合：() 単位	承認印 1	承認印 2