

記入日(西暦)	
---------	--

フリガナ				写真 3ヶ月以内に撮影した 正面上半身脱帽／無背景 スナップ写真不可 横3 × 縦4cmの 写真を撮影すること。
氏名 (戸籍上の氏名を記入)				
生年月日(西暦)				
申請区分		認定		
申請領域		医療機器管理臨床工学検定試験		
自宅 ※	住所	〒 -		
	電話番号			
E-mail		※ 事務局より受験料振込み時のe-プリバドに登録のメールアドレスに送信します。		
勤務先 ※	施設名 (簡略化不可)			
	所属部署名			
	住所	〒 -		
	電話番号		内線	
日本臨床工学技士会 会員番号		* 0から始まる6桁の会員番号を記入 (非会員は、プリバドログインIDを記入)		
終講講習会名・年度				年度
入会年度(西暦)		年度入会		
※ 非会員は空欄				
*事務局使用欄		受験番号: _____ 受験要件: _____		

ホチキス・クリアファイル不要、両面印刷不可

確認表

公益社団法人日本臨床工学技士会

専門・認定臨床工学検定試験
申請書類確認表

記入日(西暦)		
フリガナ		
申請者		
申請区分	認定	
申請領域	医療機器管理臨床工学検定試験	
日本臨床工学技士会 会員番号 (非会員は、プリバドログインID)		

自己 確認	申請書類	事務局使用欄
☐	1) 願書(様式1)	可 ・ 不可
☐	2) 指定講習受講修了証(写し)	可 ・ 不可
☐	2025年11月開催の指定講習を受講修了された方で、指定講習の修了証が願書提出時に未発行により提出できない方は、こちらにチェックを入れてください。事務局にて修了状況を確認し手続きいたします。	可 ・ 不可
☐	3) 医療系国家資格免許証(写し)	可 ・ 不可
☐	4) 申請書類確認表(様式2)	可 ・ 不可

※自己確認欄に☑を入れ、番号順に申請書類を揃えA4がそのまま折らずに入る封筒(角2)に入れ、簡易書留にて郵送すること。

切 手
貼付欄

1 1 3 - 0 0 3 4

東京都文京区湯島1-3-4 KTお茶の水聖橋ビル5F
公益社団法人日本臨床工学技士会

2025年度

検定試験「認定 CE」医療機器管理

係行

10

簡易書留

一名分のみ

フリガナ			
氏名			
現住所	〒		
	連絡先	自宅 ・ 勤務先 ・ その他()	
	電 話		

この用紙をお手持ちの角形 2 号封筒(A4 サイズの書類が折らずに入る大きさ)の前面に貼ってご使用ください。