

2025年度更新

公益社団法人日本臨床工学技士会

## (2) 専門血液浄化臨床工学技士

## 2025年度 更新認定申請書

|                   |      |                            |  |                    |  |
|-------------------|------|----------------------------|--|--------------------|--|
|                   |      | 記入日(西暦)                    |  | 年 月 日              |  |
| フリガナ              |      |                            |  |                    |  |
| 氏 名               |      |                            |  |                    |  |
| 申請区分              |      | 専門CE                       |  |                    |  |
| 申請領域              |      | (2) 専門血液浄化臨床工学技士           |  |                    |  |
| 自宅<br>※           | 住 所  | 〒 -                        |  |                    |  |
|                   | 電話番号 |                            |  |                    |  |
| E-mail※           |      |                            |  |                    |  |
| 勤務先<br>※          | 施設名  |                            |  |                    |  |
|                   | 所属科名 |                            |  |                    |  |
|                   | 住 所  | 〒 -                        |  |                    |  |
|                   | 電話番号 |                            |  | 内線                 |  |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 |      |                            |  | * 0から始まる6桁の会員番号を記入 |  |
| 所属都道府県技士会         |      |                            |  | 臨床工学技士会 所属         |  |
| 認定番号              |      | (専門血液浄化)BPC                |  | — 第 号              |  |
| 認定期間              |      | 自: ~ 至: 2025年度(2026年3月31日) |  |                    |  |
| *事務局使用欄           |      | □1 □2 □3 □NG               |  |                    |  |

※ 氏名・自宅・E-mail・勤務先等は、e-プリバドに登録されている情報を記入  
※訂正がある場合は訂正印を押印し修正(修正液や修正テープの使用不可)

2025年度 更新

公益社団法人日本臨床工学技士会

## 取得単位申請書（学会・研究会・講習会・セミナー・他団体資格 等）

記入日（西暦）

年

月

日

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| フリガナ              |                  |
| 申請者               |                  |
| 申請領域              | (2) 専門血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 |                  |

| 単位<br>申請<br>番号 | 学会等<br>種別<br>(単位数) | 参加<br>形態 | 学会・資格等の名称<br>* 開催回数も記載のこと | 学会等の参加日/<br>認定資格の有効期間等<br>(西暦) | 取得<br>単位 | * 事務局使用欄 |  |
|----------------|--------------------|----------|---------------------------|--------------------------------|----------|----------|--|
|                |                    |          |                           |                                |          | 可・不可     |  |
|                |                    |          |                           |                                |          | 可・不可     |  |
|                |                    |          |                           |                                |          | 可・不可     |  |
|                |                    |          |                           |                                |          | 可・不可     |  |
|                |                    |          |                           |                                |          | 可・不可     |  |
|                |                    |          |                           |                                |          | 可・不可     |  |
|                |                    |          |                           |                                |          | 可・不可     |  |
|                |                    |          |                           |                                |          | 可・不可     |  |
|                |                    |          |                           |                                |          | 可・不可     |  |
| 単位合計           |                    |          |                           |                                |          |          |  |

※ 該当する欄に取得した単位点数等を記入

※ 記入例を参照のうえ、参加証明書類（写し）を準備し、単位申請番号順に揃えて申請すること

2025年度 更新

公益社団法人日本臨床工学技士会

取得単位申請書（論文・執筆物・医療事故調査 等）

|         |       |
|---------|-------|
| 記入日（西暦） | 年 月 日 |
|---------|-------|

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| フリガナ              |                  |
| 申請者               |                  |
| 申請領域              | (2) 専門血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 |                  |

| 単位<br>申請<br>番号 | 論文等<br>種別 | 著者 | 論文、掲載誌の正式名称、<br>掲載ページ | 論文・掲載誌等<br>発行年月日<br>(西暦) | 取得<br>単位 | ※ 事務局使用欄 |  |
|----------------|-----------|----|-----------------------|--------------------------|----------|----------|--|
|                |           |    |                       |                          |          | 可・不可     |  |
|                |           |    |                       |                          |          | 可・不可     |  |
|                |           |    |                       |                          |          | 可・不可     |  |
|                |           |    |                       |                          |          | 可・不可     |  |
|                |           |    |                       |                          |          | 可・不可     |  |
| 単位合計           |           |    |                       |                          |          |          |  |

※ 該当する欄に取得した単位点数等を記入  
※ 記入例を参照のうえ、参加証明書類(写し)を準備し、単位申請番号順に揃えて申請すること

## 取得単位申請書（証明書類 貼付用紙）

記入日（西暦）

年 月 日

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| フリガナ              |                  |
| 申請者               |                  |
| 申請領域              | (2) 専門血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 |                  |

学

参加証明書類（写し）

貼 付 欄

※氏名・学会名・開催会期が確認できるもの

※領収書 不可

学

参加証明書類（写し）

貼 付 欄

※氏名・学会名・開催会期が確認できるもの

※領収書 不可

※ A4サイズ以上の証明書類や論文は本様式に貼付せず、右上に単位申請番号を直接記入して使用すること

2025年度 更新

公益社団法人日本臨床工学技士会

取得単位証明書

|         |       |
|---------|-------|
| 記入日(西暦) | 年 月 日 |
|---------|-------|

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| フリガナ              |                  |
| 申請者               |                  |
| 申請領域              | (2) 専門血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 |                  |

学

|  |
|--|
|  |
|--|

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| 取得単位証明書                    |         |
| 申請者 _____ は                |         |
| 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 開催の     |
| (学会名称) _____               | に       |
| 参加したことを証明する。               |         |
| 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |         |
| 勤務先 施設名                    | _____   |
| 勤務先 所属長名                   | _____ 印 |

※ 学会等の参加証明書類(参加証)を紛失された場合に限り、代替書類として使用  
※ 所属長名欄は原則「直筆」としてください(ただし、所属先の規程に基づく対応も可能)  
※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含む) どちらでも可

2025年度 更新

公益社団法人日本臨床工学技士会

## 更新認定申請書類 確認表

記入日(西暦)

年 月 日

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| フリガナ              |                  |
| 申請者               |                  |
| 申請領域              | (2) 専門血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 |                  |

| 自己<br>確認                 | 申請書類                                                                | *事務局使用欄 |  |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) 更新認定申請書 (様式1)                                                    | 可・不可    |  |
| <input type="checkbox"/> | 2) 取得単位申請書 (学会・研究会・講習会・セミナー・勉強会・<br>他団体認定資格 等) (様式2-1)              | 可・不可    |  |
| <input type="checkbox"/> | 3) 取得単位申請書 (論文・執筆物・医療事故調査 等) (様式2-2)                                | 可・不可    |  |
| <input type="checkbox"/> | 4) 取得単位証明書 (参加証明書類 貼付用紙) (様式3-1)                                    | 可・不可    |  |
| <input type="checkbox"/> | 5) 取得単位証明書 (参加証明書 紛失等の場合のみ使用) (様式3-2)                               | 可・不可    |  |
| <input type="checkbox"/> | 6) 認定申請提出書類確認表 ※本様式 (様式4)                                           | 可・不可    |  |
| <input type="checkbox"/> | 7) 専門・認定臨床工学技士 個人情報提供承諾書 (提出必須)<br>※承諾の可否は、更新認定申請の承認結果に影響しません (様式5) | 可・不可    |  |
| <input type="checkbox"/> | 8) 休職についての証明書 (提出の必要がある場合のみ使用)<br>※事務局へ事前の連絡の必要あり (様式6)             | 可・不可    |  |
|                          |                                                                     |         |  |

※ 自己確認欄に☑を記入し、様式1から番号順に書類を整えて提出

※ 指定の提出期間内に、簡易書留で郵送すること(締切日消印有効)

## 個人情報提供承諾書

記入日(西暦)

年

月

日

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| フリガナ              |                  |
| 申請者               |                  |
| 申請領域              | (2) 専門血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 |                  |

公益社団法人 日本臨床工学技士会

理事長 本間 崇 殿

私は、(公社)日本臨床工学技士会の認定臨床工学技士として、以下の目的で提供される個人情報に、同意いたします。

## 【1. 提供する情報】

①氏名 ②専門・認定臨床工学技士名称および取得年度 ③所属先(勤務先・都道府県等) ④連絡先

## 【2. 提供先および使用目的】 提供される情報は、以下の目的で使用されます。

- ・ (公社)日本臨床工学技士会 Webサイトや機関紙「たより」への掲載
- ・ 関係団体への情報提供

## 【3. 承諾の選択肢】 以下の項目について承諾する場合は ✓ を記入してください。

- ☐ 1. 当会Webサイトへの掲載 (提供情報: ①、②)
- ☐ 2. 機関紙「たより」への掲載 (提供情報: ①、②)
- ☐ 3. 関係団体への情報提供 (提供情報: ①、②、③、④)

【承 諾】 上記 3項目の いずれかに ✓を記入した場合は「承諾」とみなします。

【承諾不可】 上記 3項目の すべてに ✓を記入しなかった場合は「承諾不可」とみなします。

## 【5. 個人情報の取り扱いについて】

提供された個人情報は、(公社)日本臨床工学技士会の規定に基づき適切に管理され、認定期間中の活動に必要な範囲で使用されます。

※ 個人情報提供承諾書の提出がない場合、更新認定申請は承認されません(提出必須)

※ 承諾の可否は、更新認定申請の承認結果に影響しません

## 休職証明書

記入日(西暦)

年 月 日

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| フリガナ              |                  |
| 申請者               |                  |
| 申請領域              | (2) 専門血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 |                  |

## 休職証明書

申請者 \_\_\_\_\_ は

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

上記期間 (選択してください) \_\_\_\_\_ により、休職していたことを証明する。

(該当する理由例: 妊娠・出産・育児・傷病・介護・その他 等)

その他: \_\_\_\_\_

(その他を選択の場合、具体的理由を記入)

西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

勤務先 施設名 \_\_\_\_\_

勤務先 所属長名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

※ 該当しない場合は提出不要

※ 所属長名欄は原則「直筆」としてください(ただし、所属先の規程に基づく対応も可能)

※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含む) どちらでも可