様式1

2026年度 新　規

公益社団法人日本臨床工学技士会

# (8) 認定血液浄化臨床工学技士

# 2026年度　新規認定申請書

| 記入日(西暦) | 2026年　　月　　日 |
|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | | 写真<br>3ヶ月以内に撮影した<br>正面・上半身・<br>脱帽・無背景<br>**横3cm×縦4cm**の<br>写真を使用<br>(※スナップ写真不可) |
| 氏 名 | | | | |
| 申請区分 | 認定CE | | | |
| 申請領域 | (8) 認定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 | |
| 入会年度(西暦) | 年度 入会 | | ＊ e-プリバド>マイページ>会員情報にて<br>入会年度を確認の上、記入 | |
| 検定試験　合格年度 | 年度　　第　　回 | | | |
| *事務局使用欄 | □1　□2　□3　□NG<br>特記事項: | | | |

※ 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)

様式2－1

2026年度 新　規

公益社団法人日本臨床工学技士会

# 実務経験証明書（現在の勤務先）

| 記入日（西暦） | 2026年　　月　　日 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | (8) 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 | |

## 実務経験証明書（現在）

申請者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ は

西暦 ＿＿＿＿ 年 ＿＿ 月より **現在まで** ＿＿＿＿ 年 ＿＿ ヵ月間

申請領域の業務に従事していることを証明する。

西暦 ＿＿＿＿ 年 ＿＿ 月 ＿＿ 日

勤務先 施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務先 所属長名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

**通算実務経験年月（合算）**　　**年**　　**ヶ月間**

※ 現在の勤務先施設で実務経験が規定に満たない場合は、(様式2-2)を用いて過去の勤務先での証明を受け、**当該年数を合算して提出すること**（必要年数：専門CE 5年以上／認定CE2年以上）
※ 所属長名欄は原則直筆、ただし所属先の判断により直筆以外で対応された場合も有効
※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含む)どちらでも可

様式2－2

2026年度 新　規

公益社団法人日本臨床工学技士会

# 実務経験証明書（過去の勤務先）

| 記入日（西暦） | 2026年　　月　　日 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | (8) 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 | |

## 実務経験証明書（過去）

申請者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ は

西暦 ＿＿＿＿ 年 ＿＿ 月 より ＿＿＿＿ 年 ＿＿ 月 まで

＿＿＿＿ 年 ＿＿ ヵ月間　申請領域の業務に従事していることを証明する。

西暦 ＿＿＿＿ 年 ＿＿ 月 ＿＿ 日

勤務先 施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務先 所属長名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

※ （様式2-1）に記載した施設での実務経験が規定に満たない場合は、本様式を用いて過去の勤務先での証明を受け、年数を合算して提出すること（必要年数：専門CE 5年以上／認定CE 2年以上）＊複製可
※ 所属長名欄は原則直筆、ただし所属先の判断により直筆以外で対応された場合も有効
※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含む)どちらでも可

様式3－1

2026年度 新　規

公益社団法人日本臨床工学技士会

# 取得単位申請書（学会・研修会・講習・セミナー・他団体資格 等）

| 記入日（西暦） | 2026年　　月　　日 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | (8) 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 | |

| 単位申請番号 | 学会等種別 | 参加形態 | 学会等の名称 | 学会等の参加日／認定資格の有効期間等（西暦） | 取得単位 | ＊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 | |
| | | | | | | 可・不可 | |
| 単位合計 | | | | | | 可・不可 | |

※ 該当欄に取得された単位数を記入
※ 記入例を参照の上、参加証明書類・認定資格証明書（写し）を（様式4-1）に貼付、単位申請番号順に提出すること

様式3－2

2026年度 新　規

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） | 2026年　　月　　日 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | (8) 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 | |

| 単位申請番号 | 業績等種別 | 著者 | 掲載誌の正式名称 | 論文等掲載ページ | 取得単位 | ＊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 | | | | | | 可・不可 | |

※ 該当欄に取得された単位数を記入
※ 記入例を参照の上、掲載誌（写し）を（様式4-1）に貼付、単位申請番号順に提出すること

様式4－1

2026年度 新　規

公益社団法人日本臨床工学技士会

# 取得単位申請書（証明書類 貼付用紙）

| 記入日（西暦） | 2026年　　月　　日 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | (8) 認定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

学会参加証明 （写し）

貼 付 欄

※氏名・開催会期が確認できるもの

※領収書不可

学

学会参加証明 （写し）

貼 付 欄

※氏名・開催会期が確認できるもの

※領収書不可

※　本様式に貼付できないサイズの場合、書類自体の右上に単位申請番号を直接記入して使用すること

様式4－2

2026年度 新　規

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） | 2026年　　月　　日 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | (8) 認定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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 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

※ 参加証明書（参加証）を紛失した場合に使用
※ 所属長名欄は原則直筆、ただし所属先の判断により直筆以外で対応された場合も有効
※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含む)どちらでも可

様式5

2026年度 新　規

公益社団法人日本臨床工学技士会

# 取得申請提出書類確認表

| 記入日（西暦） | 2026年　　月　　日 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | (8) 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号 | |

| 自己確認 | 申請書類 | | *事務局使用欄 | |
|---|---|---|---|---|
| □ | 1）**当該領域「検定試験」合格証（写し）** ※合否通知（写し）の提出も可 | | 可・不可 | |
| □ | 2）**新規認定申請書** | （様式1） | 可・不可 | |
| □ | 3）**実務経験証明書（現在の勤務先）** | （様式2－1） | 可・不可 | |
| □ | 4）**実務経験証明書（過去の勤務先）**<br>※様式2-1で規定を満たさない場合のみ | （様式2－2） | 可・不可 | |
| □ | 5）**取得単位申請書**　（学会・研究会・講習会・セミナー・勉強会・他団体認定資格 等） | （様式3－1） | 可・不可 | |
| □ | 6）**取得単位申請書**　（論文・執筆物・医療事故調査　等） | （様式3－2） | 可・不可 | |
| □ | 7）**取得単位証明書**　（参加証明書類 貼付用紙） | （様式4－1） | 可・不可 | |
| □ | 8）**取得単位証明書**（参加証明書 紛失の場合のみに使用） | （様式4－2） | 可・不可 | |
| □ | 9）**認定申請提出書類確認表** ※本書式 | （様式5） | 可・不可 | |
| □ | 10）**専門・認定臨床工学技士　個人情報提供承諾書** | （様式6） | 可・不可 | |
| □ | 11）**休職についての証明書**（提出の必要がある場合のみ）<br>※事務局へ事前の連絡の必要あり | （様式7） | 可・不可 | |
| | | | 可・不可 | |

※　自己確認欄に☑を記入し、様式1から単位申請番号順に書類を整えて提出（合格証は最後に添付）
※　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）

様式6

2026年度 新　規

公益社団法人日本臨床工学技士会

# 個人情報提供 承諾書

| 記入日（西暦） | 2026年　　月　　日 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | (8) 認定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） ＊④連絡先は必要時に限り提供

**【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、原則、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、新規認定申請は承認されません（提出必須）
※ 承諾の可否は、新規認定申請の承認結果に影響しません

様式7

2026年度 新　規

公益社団法人日本臨床工学技士会

# 休職証明書

| 記入日（西暦） | 2026年　　月　　日 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | (8) 認定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、ただし所属先の判断により直筆以外で対応された場合も有効
※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含む)どちらでも可