



## 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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
日本臨床工学技士会 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 \_\_\_\_\_ ヶ月間

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

## 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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
日本臨床工学技士会 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

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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
日本臨床工学技士会 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	
<b>単位合計</b>						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

2026年度 新 規

## 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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
日本臨床工学技士会 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	
<b>単位合計</b>						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

## 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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
日本臨床工学技士会 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

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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
日本臨床工学技士会 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

## 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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
日本臨床工学技士会 会員番号	

自己 確認	申請書類	*事務局使用欄	
<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	2) 新規認定申請書 (様式1)	可・不可	
<input type="checkbox"/>	3) 実務経験証明書 (現在の勤務先) (様式2-1)	可・不可	
<input type="checkbox"/>	4) 実務経験証明書 (過去の勤務先) ※様式2-1で規定を満たさない場合のみ (様式2-2)	可・不可	
<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	9) 認定申請提出書類確認表 ※本書式 (様式5)	可・不可	
<input type="checkbox"/>	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	
<input type="checkbox"/>	11) 休職についての証明書 (提出の必要がある場合のみ) ※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)

## 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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
日本臨床工学技士会 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

## 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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
日本臨床工学技士会 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