

## 願書

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 願書

記入日(西暦)

【重要】試験に関するご案内は、e-プリバド メッセージまたは受験料支払い時のe-プリバドに登録されていたメールアドレス宛にお送りします。願書記入前に、必ずe-プリバドの登録情報をご確認ください。  
受験料お支払い後にe-プリバドの登録情報を修正した場合は、該当する項目をチェックしてください。

☐ 自宅住所 ☐ 勤務先住所 ☐ メールアドレス ☐ その他

|                   |                |              |                                            |                                                                          |
|-------------------|----------------|--------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ              |                |              |                                            | 写真<br>3ヶ月以内に撮影した<br>正面上半身脱帽／無背景<br>スナップ写真不可／<br>横3 × 縦4cmの<br>写真を貼付すること。 |
| 氏名<br>(戸籍上の氏名を記入) |                |              |                                            |                                                                          |
| 生年月日(西暦)          |                |              |                                            |                                                                          |
| 申請区分              |                | 専門           |                                            |                                                                          |
| 申請領域              |                | 血液浄化臨床工学検定試験 |                                            |                                                                          |
| 自宅                | 住所             | 〒 -          |                                            |                                                                          |
|                   | 電話番号           |              |                                            |                                                                          |
| E-mail            |                |              |                                            |                                                                          |
| 勤務先               | 施設名<br>(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<br>会員番号 |                |              | ※ 0から始まる6桁の会員番号を記入<br>(非会員は、プリバドログインIDを記入) |                                                                          |
| 指定講習名・修了年度        |                |              |                                            | 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:  |                                            |                                                                          |

※ e-プリバド登録情報を記入  
※ 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                                   | 専門           |
| 申請領域                                   | 血液浄化臨床工学検定試験 |
| 日本臨床工学技士会<br>会員番号<br>(非会員は、プリバドログインID) |              |

| 自己<br>確認                 | 申請書類                 | 事務局使用欄 |
|--------------------------|----------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | 1) 願書(様式1)           | 可 ・ 不可 |
| <input type="checkbox"/> | 2) 受験領域の指定講習受講修了証(写) | 可 ・ 不可 |
| <input type="checkbox"/> | 3) 医療系国家資格免許証(写)     | 可 ・ 不可 |
| <input type="checkbox"/> | 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、  
簡易書留郵便にて願書提出期間内(締切日消印有効)に郵送すること。

切手  
貼付欄

113-0034

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

2026年度 検定試験

「専門 CE」血液浄化(02)

係行

簡易書留

1領域・1名分のみ

願書提出期間：2026年11月12日(木)～11月26日(木)

※締切日消印有効

|      |     |                    |  |
|------|-----|--------------------|--|
| 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。

【注意事項】

※ 簡易書留郵便以外の方法および指定期間外に到着した書類は、いかなる理由でも受け付けておりません。「受取拒否」にて返送します。

※ 1枚の封筒につき、1領域1名分のみ申請可能です。複数領域を申請の場合、別々の封筒にて郵送してください。