

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 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 写真を貼付すること。	
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					
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)	
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	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) 受験領域の指定講習受講修了証(写)	可 ・ 不可
☐	3) 医療系国家資格免許証(写)	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

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

2026年度 検定試験

「認定 CE」医療機器管理(10)

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。