

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

記入日(西暦)

フリガナ				写真 3ヶ月以内に撮影した 正面上半身脱帽の 横3 × 縦4cmの 写真を撮影すること。	
氏名 (戸籍上の氏名を記入)					
生年月日(西暦)					
申請区分					
申請領域					
自宅 ※	住所	〒 -			
	電話番号	固定電話			
E-mail					
		※ 事務局より受験料振込み時のe-プリバドに登録のメールアドレスに送信します。			
勤務先 ※	施設名 (簡略化不可)				
	所属科名				
	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		
終講講習会名・年度				2024	
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