

**【お願い】**  
ホチキスやクリアファイルは使用せず、  
片面印刷したものをお送りください。

**事務局使用欄  
記入不要**

※受験番号： \_\_\_\_\_  
※受験要件： 要 否 \_\_\_\_\_

**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  
使用すること

第6回 手術関連専門臨床工学検定試験  
(願 書)

写真の裏面に名前と日付を記載

記入日：(西暦) 2021年11月15日

戸籍上の氏名(漢字)  
を正確に記入

フリガナ	ニホン リンタロウ	生	(西暦)
氏名	日本 臨太郎	年	年 月 日
現住所 (自宅)	〒113-0034 東京都文京区湯島1-3-4 KT 御茶ノ水聖橋ビル5F TEL：03-1234-5678 FAX： なし		
メールアドレス	academy@ja-ces.academy.jp		
勤務先施設名	公益社団法人日本臨床工学技士会		
所属科名	臨床工学科		
勤務先住所	〒113-0034 東京都文京区湯島1-3-4 TEL：03-1234-5666 FAX：03-1234-6879		
保有する医療系国家資格 (○で囲んでください)	<input checked="" type="checkbox"/> 臨床工学技士 ・ 看護師 ・ 臨床検査技師 ・ 診療放射線技師 その他 ( )		
(公社)日本臨床工学技士会 会員番号	会員番号： 12222 ・ 非会員 *会員は会員番号を記入し、非会員は○で囲んでください		

建物の名称まで  
正確に記入

メールアドレスは  
大きくはっきりと

施設名は省略せず  
に正式名称を記入

# 手術関連専門臨床工学検定試験 申請書類確認表

(西暦) 2021年11月15日

申請者： 日本 臨太郎

(公社) 日本臨床工学技士会 会員番号： 12222 (\*正会員のみ)

自己 確認 欄	申請書類		※事務局使用欄	
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">                     自己確認欄に ☑を入れること                 </div>		<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;">                     事務局使用欄 記入不要                 </div>	
	<input type="checkbox"/>	1) 願書【様式1】	可・否	
	<input type="checkbox"/>	2) 「手術関連指定講習会」受講修了証(写)	可・否	
	<input type="checkbox"/>	3) 医療系国家資格免許(写)	可・否	
<input type="checkbox"/>	4) 手術関連専門臨床工学検定試験 申請書類確認表【様式2】	可・否		

※太枠内自己確認欄に☑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、簡易書留にて郵送すること。