

(様式1)

※受験番号： \_\_\_\_\_

※資格要件： 認 ・ 否 \_\_\_\_\_

## 第3回 認定集中治療関連検定試験 (願 書)

### 写真

3ヶ月以内に撮影した正面上半身脱帽の横3cm×縦4cmの写真を使用するこ

記入日：(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ		生 年 月 日	(西暦)  年 月 日
氏名			
現住所 (自宅)	〒  TEL : _____ FAX : _____		
メールアドレス	_____ @ _____		
勤務先施設名			
所属科名			
勤務先住所	〒  TEL : _____ FAX : _____		
保有する医療系国家資格 (○で囲んでください)	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： _____ ・ 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		

# 認定集中治療関連検定試験 申請書類確認表

(西暦) 年 月 日

申請者: \_\_\_\_\_

(公社) 日本臨床工学技士会 会員番号: \_\_\_\_\_ (\*正会員のみ)

自己 確認 欄	申請書類	※事務局使用欄	
<input type="checkbox"/>	1) 願書【様式1】	可・否	
<input type="checkbox"/>	2) 「認定集中治療関連指定講習会」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) 認定集中治療関連検定試験 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。