

(様式1)

【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4回 認定医療機器管理関連検定試験

(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.ac.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)	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

(様式2)

認定医療機器管理関連検定試験 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	
	<input type="checkbox"/>	1) 願書【様式1】	可・否
<input type="checkbox"/>	2) 「認定医療機器管理指定講習会」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) 認定医療機器管理関連検定試験 申請書類確認表【様式2】	可・否	

自己確認欄に
☑を入れること

事務局使用欄
記入不要

※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。