

公益社団法人 日本臨床工学技士会

認定血液浄化関連臨床工学技士

2022 年度 初回認定申請書

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。

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 : _____		
勤務先施設名			
所属科名			
勤務先住所	〒 TEL : _____ FAX : _____		
(公社)日本臨床工学技士会 会員番号	_____		
検定試験合格履歴	_____年度 第 _____回 認定血液浄化関連臨床工学技士検定試験合格 ※合格された検定試験回数をご記入ください		

*事務局使用欄	
---------	--

## 血液浄化関連業務実務経験証明書（現在の勤務先）

（西暦）                      年                      月                      日

申 請 者                      :                      \_\_\_\_\_

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

血液浄化関連業務実務経験                      年                      カ月                      （様式 2-1、（様式 2-2）に記載の通算年数を記入）

血液浄化関連業務履歴 施設証明
<p>申請者 _____ は、</p> <p>（西暦）                      年                      月より                      現在まで                      年                      カ月間</p> <p>血液浄化関連業務に従事していることを証明します。</p> <p>（西暦）                      年                      月                      日</p> <p style="text-align: center;">現勤務施設名                      :                      _____</p> <p style="text-align: center;">現勤務所属長名                      :                      _____ 印</p>

※一施設で実務経験が 2 年に満たない場合は（様式 2-2）を用いて、業務履歴のある他施設の証明を受け（様式 2-1）と共に提出すること

## 血液浄化関連業務実務経験証明書（過去の勤務先）

（西暦） 年 月 日

申請者： \_\_\_\_\_

（公社）日本臨床工学技士会 会員番号： \_\_\_\_\_

### 血液浄化関連業務履歴 施設証明

申請者 \_\_\_\_\_ は、

（西暦） 年 月より 年 月までの

年 カ月間

血液浄化関連業務に従事していたことを証明します。

（西暦） 年 月 日

施設名： \_\_\_\_\_

所属長名： \_\_\_\_\_ 印

※実務経験の合計が（様式2-1）の期間と通算しても2年に満たない場合は、（様式2-2）を複数用いて証明を受けること

## 取得単位申請書 (学会・研究会・講習会・セミナー・勉強会 等)

(西暦)                    年           月           日

申 請 者            : \_\_\_\_\_

(公社) 日本臨床工学技士会 会員番号 : \_\_\_\_\_

事務局	委員会

※記入例を参考にして、該当する欄に取得した単位点数を記入してください

単位 申請 番号	学会・ セミナー 種別	参加 形態	学会等の名称	学会等の会期 (西暦で記入)	取得 単位	※事務局使用欄	
				年 月 日～ 年 月 日		可・不可	
				年 月 日～ 年 月 日		可・不可	
				年 月 日～ 年 月 日		可・不可	
				年 月 日～ 年 月 日		可・不可	
				年 月 日～ 年 月 日		可・不可	
				年 月 日～ 年 月 日		可・不可	
				年 月 日～ 年 月 日		可・不可	
				年 月 日～ 年 月 日		可・不可	
				年 月 日～ 年 月 日		可・不可	
<b>単位総計</b>						可・不可	

※記入例を参照の上、参加を証明する書類等の(写)を添付し、単位申請番号順に揃えて申請すること

## 取得単位申請書（論文・執筆物等）

（西暦）          年          月          日

申請者： \_\_\_\_\_

（公社）日本臨床工学技士会 会員番号： \_\_\_\_\_

事務局	委員会

※記入例を参考にして、該当する欄に取得した単位点数を記入してください

単位 申請 番号	業績種別	著者	掲載誌の名称	論文 掲載 ページ	取得 単位	※事務局使用欄	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
<b>単位総計</b>						可・不可	

※記入例を参照の上、参加を証明する書類等の(写)を添付し、単位申請番号順に揃えて申請すること

取得単位証明書 (参加証明書類 貼付用紙)

(西暦) 年 月 日

申請者 : \_\_\_\_\_

(公社) 日本臨床工学技士会 会員番号 : \_\_\_\_\_

学

学会参加証明 (写)

貼付欄

※氏名が確認できるもの

学

学会参加証明 (写)

貼付欄

※氏名が確認できるもの

# 取得単位証明書

(西暦) 年 月 日

申請者 : \_\_\_\_\_

(公社)日本臨床工学技士会 会員番号 : \_\_\_\_\_

申請者 \_\_\_\_\_ は、

(西暦) 年 月 日 開催の

(学会名) \_\_\_\_\_ に、

参加したことを証明します。

(西暦) 年 月 日

施設名 : \_\_\_\_\_

所属長名 : \_\_\_\_\_ 印

※学会等の参加を証明する書類を紛失した場合に用いること

学



## 2022年度 認定血液浄化関連臨床工学技士

## 認定申請書類確認表

(西暦) 年 月 日

申請者： \_\_\_\_\_

(公社)日本臨床工学技士会 会員番号： \_\_\_\_\_

自己 確認	申請書類	※事務局使用欄	
		可・否	
<input type="checkbox"/>	1) 認定申請書 (様式 1)	可・否	
<input type="checkbox"/>	2) 実務経験証明書 (様式 2-1) <input type="checkbox"/> (様式 2-2) あり 計 _____ 枚	可・否	年 ヲ月
<input type="checkbox"/>	3) 取得単位申請書 (様式 3-1)、(様式 3-2)	可・否	
<input type="checkbox"/>	4) 取得単位申請書 (様式 4-1)、(様式 4-2)	可・否	
<input type="checkbox"/>	5) 「認定血液浄化関連臨床工学技士検定試験」合格証 (写し)	可・否	
<input type="checkbox"/>	6) 認定申請書類確認票 (様式 5)	可・否	
<input type="checkbox"/>	7) 専門・認定臨床工学技士 個人情報提供承諾書 (様式 6)	可・否	
<input type="checkbox"/>	8) 他団体資格認定証等 (写し) ※継続して学会認定を取得している場合のみ提出	可・否	
<input type="checkbox"/>	9) 申請料支払い証明 (e-プリバドの支払い完了メールの写し)	可・否	
<input type="checkbox"/>	10) 会員歴 (西暦) ( _____ 年入会)	可・否	年入会

太枠内自己確認欄に☑を入れ、認定申請書類確認票 (様式 5) を表紙にして番号順に書類を揃え、角 2 封筒に入れ、提出期間内に事務局必着にて郵送すること。



日付(西暦) 年 月 日

(公社)日本臨床工学技士会  
理事長 本間 崇 殿

(公社) 日本臨床工学技士会

専門・認定臨床工学技士 個人情報提供承諾書

私は、(公社)日本臨床工学技士会専門・認定臨床工学技士としての活動の一環として、  
(公社)日本臨床工学技士会 JACE 学術機構 WEB サイトや機関誌等への情報掲載および関係団体への情報提供を承諾します。

氏名： \_\_\_\_\_

(公社)日本臨床工学技士会 会員番号： \_\_\_\_\_

【提供する個人情報】

1. 種別 (該当を○で囲む)： JACE 学術機構 WEB サイト      機関誌 (たより)

関係団体への情報提供

2. 提供内容

都道府県名： \_\_\_\_\_

施設名： \_\_\_\_\_

メールアドレス (関係団体への情報提供のみ使用)： \_\_\_\_\_

3. 情報提供期間：認定期間

## 休職についての証明書

(公社)日本臨床工学技士会

理事長 本間 崇 殿

申請者名： \_\_\_\_\_

(公社)日本臨床工学技士会 会員番号： \_\_\_\_\_

生年月日：(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

休職期間：(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

休職理由： 妊娠 出産 育児 傷病 介護

(※該当する理由に○をつけてください)

上記のとおり、証明いたします。

証明日：(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名： \_\_\_\_\_

施設長名： \_\_\_\_\_