

(様式1)

※受験番号： _____

※資格要件： 認 ・ 否 _____

第5回 内視鏡関連専門臨床工学検定試験
(願 書)

写真

3ヶ月以内に撮影
した正面上半身脱帽
の横3×縦4cmの
写真を使用すること

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 : _____ | | |
| 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 | | |

内視鏡関連専門臨床工学検定試験 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) 「内視鏡関連指定講習会」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) 内視鏡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。