

(様式1)

※受験番号： \_\_\_\_\_

※資格要件： 認 ・ 否 \_\_\_\_\_

第5回 心・血管カテーテル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<br>年<br>月<br>日 | (西暦)<br><br>年 月 日 |
| 氏名                         |   |                  |                   |
| 現住所 (自宅)                   | 〒<br><br>TEL : _____ FAX : _____                |                  |                   |
| メールアドレス                    | _____ @ _____                                   |                  |                   |
| 勤務先施設名                     |   |                  |                   |
| 所属科名                       |   |                  |                   |
| 勤務先住所                      | 〒<br><br>TEL : _____ FAX : _____                |                  |                   |
| 保有する医療系国家資格<br>(○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<br>その他 ( )      |                  |                   |
| (公社)日本臨床工学技士会<br>会員番号      | 会員番号： _____ ・ 非会員<br>*会員は会員番号を記入し、非会員は○で囲んでください |                  |                   |

# 心・血管カテーテル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<br>確認<br>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) 「心・血管カテーテル関連指定講習会」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) 心・血管カテーテル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。