

公益社団法人 日本臨床工学技士会
血液浄化関連専門臨床工学技士
2022 年度 認定更新申請書

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	_____		
認定番号	_____		
認定期間	自 : _____ ~ 至 : _____		

*事務局使用欄	
---------	--

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	
				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
単位総計						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	
単位総計						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 血液浄化関連専門臨床工学技士

認定更新申請書類確認表

(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) 認定更新申請書 (様式1)	可・否	
<input type="checkbox"/>	2) 取得単位申請書 (様式2-1) (様式2-2)	可・否	
<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) 認定更新申請書類確認票 (様式4)	可・否	
<input type="checkbox"/>	5) 専門・認定臨床工学技士 個人情報提供承諾書 (様式5)	可・否	
<input type="checkbox"/>	6) 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"/>	7) 申請料支払い証明 (e-プリバド 支払い完了メールの写し)	可・否	
<input type="checkbox"/>	8) 会員歴 (西暦) (年入会) ※継続して本会正会員であり会費を完納していること	可・否	年入会
<input type="checkbox"/>	9) 休職についての証明書 (様式6) ※提出の必要がある場合のみ (事務局へ事前連絡の必要あり)	可・否	

※太枠内自己確認欄に☑を入れ、認定申請書類確認票 (様式4) を表紙にして番号順に書類を揃えること

※角2封筒に入れ、指定の宛先 (A4) を貼付し、期限内に事務局へ提出のこと

(※簡易書留にて送付：締め切り当日消印有効)

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： _____