

新規

公益社団法人日本臨床工学技士会

認定血液浄化臨床工学技士

2024年度 新規認定申請書

記入日(西暦)

| | | | | |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| フリガナ | | | | 写真 3ヶ月以内に撮影した 正面・上半身・脱帽・ 無背景・スナップ写真 不可、横3cm×縦4cmの 写真を使用すること |
| 氏名 | | | | |
| 申請区分 | 認定 | | | |
| 申請領域 | 認定血液浄化臨床工学技士 | | | |
| 自宅 ※ | 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | | |
| E-mail ※ | | | | |
| 勤務先 ※ | 施設名 | | | |
| | 所属科名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | 内線 | |
| 日本臨床工学技士会 会員番号 | * 0から始まる6桁の会員番号を記入 | | | |
| 入会年度(西暦) | 年度入会 | | | |
| 検定試験 合格年度 | 年度 | 第 | 回 | |
| *事務局使用欄 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | |

※ e-プリバド登録情報を記入のこと

新規

実務経験証明書（現在の勤務先）

記入日(西暦)

| | |
|-------------------|--------------|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会 会員番号 | |

| | | | |
|------------------------|-------|---------|-------|
| 実務経験証明書 | | | |
| 申請者 | | は | |
| _____ | | | |
| 西暦 | 年 | 月より現在まで | 年 ヲ月間 |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| 申請領域の業務に従事していることを証明する。 | | | |
| | | 西暦 | 年 月 日 |
| | | _____ | _____ |
| 勤務先施設名 | | _____ | |
| 勤務先所属長名 | | _____ 印 | |
| | | _____ | |

通算実見経験年月(合算) 年 ヲ月
※

※ 一施設で実務経験が規定に満たない場合は(様式2-2)を用いて、他施設での証明を受け、合算して提出すること(規定: 専門臨床工学技士 5年/認定臨床工学技士 2年)
 ※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含)どちらでも可

新規

公益社団法人日本臨床工学技士会

実務経験証明書（過去の勤務先）

記入日（西暦）

| | |
|-------------------|--------------|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会 会員番号 | |

実務経験証明書

申請者 _____ は

西暦 _____ 年 _____ 月より現在まで _____ 年 _____ カ月間

申請領域の業務に従事していることを証明する。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

勤務先施設名 _____

勤務先所属長名 _____

印 _____

※ 様式2-1記載の施設で通算実務経験年月が規定に満たない場合は、本様式を複製して証明を受けること
 （規定：専門臨床工学技士 5年/認定臨床工学技士 2年）

※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含)どちらでも可

新規

公益社団法人日本臨床工学技士会

取得単位申請書 (学会・研修会・講習会・セミナー・他団体資格 等)

| | |
|---------|--|
| 記入日(西暦) | |
|---------|--|

| | |
|-------------------|--------------|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会 会員番号 | |

| 単位 申請 番号 | 学会等 種別 | 参加 形態 | 学会等の名称 | 学会等の会期 (西暦) | | 取得 単位 | *事務局使用欄 | |
|----------------|-----------|----------|--------|----------------|---|----------|---------|--|
| | | | | 自 | 至 | | | |
| | | | | 自 | | | 可・不可 | |
| | | | | 至 | | | | |
| | | | | 自 | | | 可・不可 | |
| | | | | 至 | | | | |
| | | | | 自 | | | 可・不可 | |
| | | | | 至 | | | | |
| | | | | 自 | | | 可・不可 | |
| | | | | 至 | | | | |
| | | | | 自 | | | 可・不可 | |
| | | | | 至 | | | | |
| | | | | 自 | | | 可・不可 | |
| | | | | 至 | | | | |
| | | | | 自 | | | 可・不可 | |
| | | | | 至 | | | | |
| 単位合計 | | | | | | 0 | 可・不可 | |

※ 該当する欄に取得した単位点数を記入してください
 ※ 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

新規

公益社団法人日本臨床工学技士会

取得単位申請書（論文・執筆物・医療事故調査等）

記入日(西暦)

| | |
|-------------------|--------------|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会 会員番号 | |

| 単位 申請 番号 | 業績等 種別 | 著者 | 掲載誌の正式名称 | 論文等 掲載ページ | | 取得 単位 | *事務局使用欄 | |
|----------------|-----------|-------|----------|--------------|---|----------|---------|--|
| | | | | 自 | 至 | | 可・不可 | |
| | | 筆頭/共同 | | 自 | | | 可・不可 | |
| | | 筆頭/共同 | | 至 | | | | |
| | | 筆頭/共同 | | 自 | | | 可・不可 | |
| | | 筆頭/共同 | | 至 | | | | |
| | | 筆頭/共同 | | 自 | | | 可・不可 | |
| | | 筆頭/共同 | | 至 | | | | |
| | | 筆頭/共同 | | 自 | | | 可・不可 | |
| | | 筆頭/共同 | | 至 | | | | |
| | | 筆頭/共同 | | 自 | | | 可・不可 | |
| | | 筆頭/共同 | | 至 | | | | |
| 単位合計 | | | | 0 | | | 可・不可 | |

※ 該当する欄に取得した単位点数を記入してください

※ 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

新規

公益社団法人日本臨床工学技士会

取得単位申請書（証明書類 貼付用紙）

| | |
|---------|--|
| 記入日(西暦) | |
|---------|--|

| | |
|-------------------|--------------|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会 会員番号 | |

| | | |
|---|---|--------------------------|
| <p>学会参加証明（写） 貼付欄</p> <p>※氏名が確認できるもの</p> | 学 | <input type="checkbox"/> |
| <p>学会参加証明（写） 貼付欄</p> <p>※氏名が確認できるもの</p> | 学 | <input type="checkbox"/> |

※ A4サイズ以上の参加証明書類や論文については、そのまま右上に単位申請番号を記入すること

新規

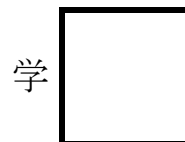
取得単位証明書

| | |
|---------|--|
| 記入日(西暦) | |
|---------|--|

| | |
|-------------------|--------------|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会 会員番号 | |

| | | | |
|--------------|-------|-------------|-------|
| 取得単位証明書 | | | |
| 申請者 | 0 | は | |
| <hr/> <hr/> | | | |
| 西暦 | 年 | 月 | 日 開催の |
| <hr/> | <hr/> | <hr/> | |
| 学会名 | | | に |
| <hr/> <hr/> | | | |
| 参加したことを証明する。 | | | |
| | | | |
| | | 西暦 | 年 月 日 |
| | | <hr/> | <hr/> |
| 勤務先施設名 | | <hr/> <hr/> | |
| 勤務先所属長名 | | 印 | |
| | | <hr/> <hr/> | |

※ 学会等の参加を証明する書類(参加証)を紛失した場合に用いること
 ※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含)どちらでも可



取得申請提出書類確認表

| | |
|---------|--|
| 記入日(西暦) | |
|---------|--|

| | |
|-------------------|--------------|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 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・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 1) 当該領域「検定試験」合格証(写) ※合否通知書(写)の提出も可 | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 2) <input type="checkbox"/> 新規認定申請書 (様式1) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 3) <input type="checkbox"/> 実務経験証明書 (現在の勤務先) (様式2-1) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 4) <input type="checkbox"/> 実務経験証明書 (過去の勤務先) ※様式2-1で規定を満たさない場合のみ (様式2-2) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 5) <input type="checkbox"/> 取得単位申請書 (学会・研究会・講習会・セミナー・勉強会・ 他団体認定資格等) (様式3-1) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 6) <input type="checkbox"/> 取得単位申請書 (論文・執筆物・医療事故調査等) (様式3-2) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 7) <input type="checkbox"/> 取得単位証明書 (参加証明書類 貼付用紙) (様式4-1) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 8) <input type="checkbox"/> 取得単位証明書 (参加証明書紛失の場合に使用) (様式4-2) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 9) <input type="checkbox"/> 認定申請提出書類確認表 ※本書式 (様式5) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 10) <input type="checkbox"/> 専門・認定臨床工学技士 個人情報提供承諾書 (様式6) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 11) 休職についての証明書 (提出の必要がある場合のみ) ※事務局へ事前の連絡の必要あり (様式7) | 可・不可 | |
| | | 可・不可 | |

※自己確認欄に☑を入れ、様式1から番号順に書類を揃えること(合格証は一番最後に入れること)

※指定の提出期間内に郵送で提出すること(簡易書留のみ、締切日 消印有効)

新規

公益社団法人日本臨床工学技士会

個人情報提供承諾書

記入日(西暦)

| | |
|-------------------|--------------|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会 会員番号 | |

公益社団法人 日本臨床工学技士会

理事長 本間 崇 殿

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、認定期間中に以下の個人情報提供を、

【提供する個人情報】

1. 当会Webサイト
2. 機関紙(たより)
3. 関係団体への情報提供(氏名、メールアドレス、所属先、所属技士会等を含む)

承諾します

承諾しません

新規

休職証明書

| | |
|---------|--|
| 記入日(西暦) | |
|---------|--|

| | |
|-------------------|--------------|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | 認定血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会 会員番号 | |

| | |
|--|---------------------|
| 休職証明書 | |
| 申請者 _____ 年 月 日 | は _____ 年 月 日 |
| _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 _____ | |
| の間 _____ により、休職していたことを証明する。 | |
| その他: _____ (該当する理由例: 妊娠・出産・育児・傷病・介護・その他等) | |
| 西暦 _____ 年 月 日 _____ | |
| 勤務先施設名 | _____ |
| 勤務先所属長名 | _____ 印 |

※ 該当しない場合は提出不要
 ※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含)どちらでも可