

新規

## 認定医療機器管理臨床工学技士

## 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	認定医療機器管理臨床工学技士		
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	認定医療機器管理臨床工学技士
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 ヵ月間
_____	_____	_____	_____
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 \_\_\_\_\_ ヵ月  
 ※

※ 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

## 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	認定医療機器管理臨床工学技士
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	ヵ月間	
_____	_____	_____	_____	_____	
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

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	認定医療機器管理臨床工学技士
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				
<b>単位合計</b>							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	認定医療機器管理臨床工学技士
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			可・不可		
		筆頭/共同		自			可・不可		
		筆頭/共同		至			可・不可		
		筆頭/共同		自			可・不可		
		筆頭/共同		至			可・不可		
		筆頭/共同		自			可・不可		
		筆頭/共同		至			可・不可		
<b>単位合計</b>								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

## 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	認定医療機器管理臨床工学技士
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>	<p>学</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>
<p>学会参加証明（写） 貼付欄</p> <p>※氏名が確認できるもの</p>	<p>学</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>

※ 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	認定医療機器管理臨床工学技士
日本臨床工学技士会 会員番号	

取得単位証明書			
申請者	_____ _____	は	
西暦	年	月	日
_____	_____	_____	_____
学会名	_____		に
参加したことを証明する。			
		西暦	年
		_____	_____
勤務先施設名		_____	
勤務先所属長名		_____	
		印	
		_____	

※ 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

学

新規

## 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	認定医療機器管理臨床工学技士
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)



## 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	認定医療機器管理臨床工学技士
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	認定医療機器管理臨床工学技士
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
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