

願書

公益社団法人日本臨床工学技士会

専門・認定臨床工学検定試験

記入日(西暦)

2024年12月1日

フリガナ	ニチリン タロウ			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/カラー 横3 × 縦4cmの 写真を撮影すること。
氏名 (戸籍上の氏名を記入)	日臨 太郎			
生年月日(西暦)	1990/1/23			
申請区分	専門			
申請領域	専門呼吸治療臨床工学検定試験			
自宅 ※	住所	〒 123 - 4567 東京都文京区本郷5-5-15 聖橋マンション5階		写真を必ず貼付 (写真裏に名前を明記)
	電話番号	携帯電話	090-1234-5678	
E-mail		academy@ja-ces.or.jp		
※ 事務局より受験料振込み時のe-プリバドに登録のメールアドレスに送信します。				
勤務先 ※	施設名 (簡略化不可)	公益社団法人 日本臨床工学技士会		
	所属部署名	JACE研修センター		
	住所	〒 113 - 0034 東京都文京区湯島1-3-4 KTお茶の水聖橋ビル5F		
	電話番号	03-5805-1111	内線	
日本臨床工学技士会 会員番号	054321		*0から始まる6桁の会員番号を記入	
終講講習会名・年度	呼吸治療関連指定講習会		2023	年度
入会年度(西暦)	2021	年度入会	郵送する指定講習会修了証 の情報を記入ください	
*事務局使用欄	受験番号:	e-プリバド マイページ 入会年度を確認ください		受験要件:

※ e-プリバド登録情報を記入

ホチキス・クリアファイル不要、両面印刷不可