

願書

専門・認定臨床工学検定試験

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3 × 縦4cmの 写真を撮影すること。
氏名 (戸籍上の氏名を記入)				
生年月日(西暦)				
申請区分	認定			
申請領域	医療機器管理臨床工学検定試験			
自宅 ※	住所	〒 -		
	電話番号			
E-mail				
※ 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)			
	所属部署名			
	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		
終講講習会名・年度			年度	
入会年度(西暦)		年度入会		
※ 非会員は空欄				
*事務局使用欄	受験番号:		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