

更新

公益社団法人日本臨床工学技士会

(2) 専門血液浄化臨床工学技士

2024年度 更新認定申請書

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 | 専門 | | | |
| 申請領域 | (2) 専門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 | | |
| 所属都道府県技士会 | | 臨床工学技士会 所属 | | |
| 認定番号 | | — 第 | 号 | |
| 認定期間 | 自: ~ 至: | | | |
| *事務局使用欄 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> NG | | | |

※ e-プリバド登録情報を記入のこと

更新

取得単位申請書 (学会・研究会・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 | (2) 専門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 (単位数) | 参加 形態 | 学会・資格等の名称 | 学会等の開催会期/ 修了証等 発行日(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 | | | | | | | | |

※ 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写しを貼付し、**単位申請番号順に揃えて**申請すること

更 新

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 | (2) 専門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 | 論文、掲載誌の正式名称、 掲載ページ | 論文・掲載誌等 発行年月日 (西暦) | 取得 単位 | * 事務局使用欄 | |
|----------------|-----------|----|-----------------------|--------------------------|----------|----------|--|
| | | | | | | 可・不可 | |
| | | | | | | 可・不可 | |
| | | | | | | 可・不可 | |
| | | | | | | 可・不可 | |
| | | | | | | 可・不可 | |
| | | | | | | 可・不可 | |
| 単位合計 | | | | | | | |

※ 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

更 新

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 | (2) 専門血液浄化臨床工学技士 |
| 日本臨床工学技士会 会員番号 | |

| | |
|---|--|
| <p>参加証明書（写） 貼 付 欄</p> <p>※氏名・開催会期が確認できるもの</p> | <p>学 <input style="width: 50px; height: 50px;" type="text"/></p> |
| <p>参加証明書（写） 貼 付 欄</p> <p>※氏名・開催会期が確認できるもの</p> | <p>学 <input style="width: 50px; height: 50px;" type="text"/></p> |

※ 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直接を記入すること

認定更新申請書類 確認表

記入日(西暦)

| | |
|-------------------|------------------|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | (2) 専門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 | |
|--------------------------|--|---------|--|
| | | | |
| <input type="checkbox"/> | 1)更新認定申請書 (様式1) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 2)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2-1) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 3)取得単位申請書 (論文・執筆物・医療事故調査 等) (様式2-2) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 4)取得単位証明書 (参加証明書類 貼付用紙) (様式3-1) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 5)取得単位証明書 (参加証明書 紛失等の場合のみ使用) (様式3-2) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 6)認定申請提出書類確認表 ※本書式 (様式4) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 7)専門・認定臨床工学技士 個人情報提供承諾書 ※かならず提出ください (様式5) | 可・不可 | |
| <input type="checkbox"/> | 8)休職についての証明書 (提出の必要がある場合のみ使用) ※事務局へ事前の連絡の必要あり (様式6) | 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

※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)

更新

公益社団法人日本臨床工学技士会

休職証明書

記入日(西暦)

| | |
|-------------------|------------------|
| フリガナ | |
| 申請者 | |
| 申請領域 | (2) 専門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 _____ は

_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

上記期間 _____ 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