

更新

公益社団法人日本臨床工学技士会

(8) 認定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	認定			
申請領域	(8) 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	
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	(8) 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 (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	(8) 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	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	(8) 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>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</p> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>
<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</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直接を記入すること

更 新

公益社団法人日本臨床工学技士会

取得単位証明書

記入日(西暦)

フリガナ	
申請者	
申請領域	(8) 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	

学

取得単位証明書

申請者 _____ は

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開催の

学会名 _____ に

参加したことを証明する。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

勤務先施設名 _____

勤務先所属長名 _____

印 _____

※ 学会等の参加を証明する書類(参加証明書)を紛失等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

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	(8) 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	
<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)

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	(8) 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
- 全て承諾しません

更 新

休職証明書

記入日(西暦)	
---------	--

フリガナ	
申請者	
申請領域	(8) 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	
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