

更新

公益社団法人日本臨床工学技士会

(9) 認定集中治療臨床工学技士

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	(9) 認定集中治療臨床工学技士			
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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
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

公益社団法人日本臨床工学技士会

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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
日本臨床工学技士会 会員番号	

参加証明書（写） 貼 付 欄 ※氏名・開催会期が確認できるもの	学 <input type="checkbox"/>
参加証明書（写） 貼 付 欄 ※氏名・開催会期が確認できるもの	学 <input type="checkbox"/>

※ 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

取得単位証明書

記入日(西暦)	
---------	--

フリガナ	
申請者	
申請領域	(9) 認定集中治療臨床工学技士
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

更 新

公益社団法人日本臨床工学技士会

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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
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

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	(9) 認定集中治療臨床工学技士
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