

申請日：2025年4月10日

※開催の2か月前までにご申請ください

下記主催者と同一

公益社団法人日本臨床工学技士会
理事長 本間 崇 殿

申請者：(団体名) 一般社団法人〇〇県臨床工学技士会

(代表者名) 〇〇〇 〇〇 会印

「講習会等への認定制度単位付与」申請書

下記のとおり申請致します。

講習会等の：	第1回血液浄化セミナー		申請者と同一 ※名称の省略は不可 ご記入の名称が単位付与 リストに掲載されます
1. 名称			
2. 開催日	2025年9月7日(日)		
3. 開催場所	〇〇県〇〇ホール 会議室		
4. 主催者(団体名)	一般社団法人 〇〇県臨床工学技士会		
5. 単位付与区分 (いずれかを○で囲む)	血液・不整脈・呼吸・高気圧・手術・心カテ・内視鏡・医療機器・集中治療		
6. 後援団体			
7. 概要	(別添資料の添付) 別添参照	都道府県臨床工学技士会・当会指定学会主催の際は、当会の後援必須 その他の主催の場合は、当会もしくは都道府県臨床工学技士会后援必須 ★先にいずれかの後援が承認されている場合は、そのコピーを添付ください。	
8. 審査結果連絡先	窓口担当者	日本 太郎	ご担当者氏名は 必ずご記入ください
	所属先住所	〒〇〇〇-×××× 〇〇県△△市××町1-1-1 〇〇ビル	
	所属先名称	△△△病院 ×××科	
	TEL/FAX NO.	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	E-mail Address	△△△△△@×××.jp	

審査結果は
こちらに郵送

【事務局使用欄】 以下記入しない 資格要件審査結果通知書

決定日	年 月 日		
審査結果	承認・否認 (理由等:)		
承認番号	CEA決 S - - 号		
該当区分	血液・不整脈・呼吸・高気圧・手術・心カテ・内視鏡・医療機器・集中治療・全領域		
備考	参加の場合:()単位	承認印1	承認印2
	※都道府県臨床工学技士会后援 <input type="checkbox"/> 当会后援申請 <input type="checkbox"/> 講師派遣 <input type="checkbox"/>		