

申請日： 年 月 日

※開催の2か月前までにご申請ください

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) _____

(代表者名) _____ 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：		
1. 名 称		
2. 開 催 日	年 月 日 ()	
3. 開 催 場 所		
4. 主催者(団体名)		
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	(別添資料の添付で可)	
8. 審査結果連絡先	窓口担当者	
	所属先住所	〒
	所属先名称	
	TEL/FAX NO.	
	E-mail Address	

【事務局使用欄】

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後援 <input type="checkbox"/> 当会后援申請 <input type="checkbox"/> 講師派遣 <input type="checkbox"/>		