

2025年度 新 規

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

2025年度 新規認定申請書

		記入日(西暦)			
フリガナ					
氏 名					
申請区分		専門CE			
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	
入会年度(西暦)		年度 入会		* e-プリバド>マイページ>会員情報にて 入会年度の確認のこと	
検定試験 合格年度		年度 第 回			
*事務局使用欄		☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ NG 特記事項:			

※ 氏名、自宅、E-mail、勤務先等はe-プリバド登録情報を記入すること

※ 訂正がある場合、訂正印を使用(修正液、修正テープ使用不可)

2025年度 新 規

公益社団法人日本臨床工学技士会

実務経験証明書（現在の勤務先）

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	

実務経験証明書（現在）

申請者 _____ は

西暦 _____ 年 _____ 月より現在まで _____ 年 _____ ヶ月間

申請領域の業務に従事していることを証明する。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

勤務先 施設名

勤務先 所属長名

印

通算実務経験年月（合算）

年

ヶ月間

- ※ 一施設で実務経験が規定に満たない場合は（様式2-2）を用いて、他施設での証明を受け、合算して提出すること（規定：専門臨床工学技士 5年以上/認定臨床工学技士 2年以上）
- ※ 所属長名欄は原則として所属長の「直筆」とする
- ※ 印鑑は、施設印・所属長印（個人印含む）どちらでも可

2025年度 新 規

公益社団法人日本臨床工学技士会

実務経験証明書（過去の勤務先）

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			

実務経験証明書（過去）			
申請者 _____ は			
西暦	年	月	より 年 月 まで
_____	_____	_____	_____
_____ 年 _____ ヵ月間 申請領域の業務に従事していることを証明する。			

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
勤務先 施設名 _____			
勤務先 所属長名 _____ 印			

※ 様式2-1記載の施設で通算実務経験年月が規定に満たない場合は、本様式を複製して証明を受けること
（規定：専門臨床工学技士 5年以上/認定臨床工学技士 2年以上）
※ 所属長名欄は原則として所属長の「直筆」とする
※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含む)どちらでも可

2025年度 新 規

公益社団法人日本臨床工学技士会

取得単位申請書（学会・研修会・講習・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	参加 形態	学会等の名称	学会等の開催会期/認定 資格の有効期間等 (西暦)		取得 単位	*事務局使用欄	
				自				
				至			可・不可	
				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							可・不可	

※ 該当欄に取得された単位数を記入

※ 記入例を参照の上、参加証明書類・認定資格証明書(写し)を添付し、単位申請番号順に整えて提出すること

2025年度 新 規

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	掲載誌の正式名称	論文等 掲載ページ	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	
単位合計						可・不可	

※ 該当欄に取得された単位数を記入

※ 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

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			

学

学会参加証明（写し）

貼 付 欄

※氏名・開催会期が確認できるもの

※領収書不可

学

学会参加証明（写し）

貼 付 欄

※氏名・開催会期が確認できるもの

※領収書不可

※ A4サイズ以上の参加証明書類や論文等は、右上に単位申請番号を直接記入すること

2025年度 新 規

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	(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	

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

- ※ 学学会等の参加証明書(参加証)を紛失した場合に使用
- ※ 所属長名欄は原則として所属長の「直筆」とする
- ※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含む)どちらも可

2025年度 新 規

公益社団法人日本臨床工学技士会

取得申請提出書類確認表

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	
☐	1) 当該領域「検定試験」合格証(写し) ※合否通知(写し)の提出も可	可・不可	
☐	2) 新規認定申請書 (様式1)	可・不可	
☐	3) 実務経験証明書 (現在の勤務先) (様式2-1)	可・不可	
☐	4) 実務経験証明書 (過去の勤務先) ※様式2-1で規定を満たさない場合のみ (様式2-2)	可・不可	
☐	5) 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3-1)	可・不可	
☐	6) 取得単位申請書 (論文・執筆物・医療事故調査 等) (様式3-2)	可・不可	
☐	7) 取得単位証明書 (参加証明書類 貼付用紙) (様式4-1)	可・不可	
☐	8) 取得単位証明書 (参加証明書 紛失の場合のみに使用) (様式4-2)	可・不可	
☐	9) 認定申請提出書類確認表 ※本書式 (様式5)	可・不可	
☐	10) 専門・認定臨床工学技士 個人情報提供承諾書 (様式6)	可・不可	
☐	11) 休職についての証明書 (提出の必要がある場合のみ) ※事務局へ事前の連絡の必要あり (様式7)	可・不可	
		可・不可	

※ 自己確認欄に☑を記入し、様式1から単位申請番号順に書類を整えて提出(合格証は最後に添付)

※ 指定の提出期間内に、簡易書留で郵送すること(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	(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	

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の認定臨床工学技士として、以下の目的で提供される個人情報に関し、同意いたします。

【1. 提供する情報】 下記の情報を提供し、その使用について承諾します。

・氏名 ・専門・認定臨床工学技士名称 ・所属先 ・連絡先(必要に応じて)

【2. 提供先および使用目的】 提供される情報は、以下の目的で使用されます。

- ・(公社)日本臨床工学技士会 Webサイトや機関誌「たより」などに掲載
- ・関係団体への情報提供

【3. 承諾の選択肢】 以下の項目について承諾するものに✓を記入ください。

- ☐ 1. 当会Webサイトへの掲載(氏名、専門・認定臨床工学技士名等)
- ☐ 2. 機関紙「たより」への掲載(氏名、専門・認定臨床工学技士名等)
- ☐ 3. 関係団体への情報提供(氏名、専門・認定臨床工学技士名、所属先、連絡先等)

【4. 提供の可否】 承諾について✓を記入ください。

- ☐ 上記、承諾します
- ☐ 上記、承諾しません

【5. 個人情報の取り扱いについて】

提供された個人情報は、(公社)日本臨床工学技士会の規定に基づき適切に管理され、認定期間中の活動に必要な範囲で使用されます。

※ 【3.承諾の選択肢】【4.提供の可否】に☑の記入が無い場合、本承諾書は無効

※ 個人情報提供承諾書の提出がない場合、認定申請は承認されません(提出必須)

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。									
(該当する理由例：妊娠・出産・育児・傷病・介護・その他 等)									
その他： _____									
(その他を選択の場合、具体的理由を記入)									
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
※ 所属長名欄は原則として所属長の「直筆」とする
※ 印鑑は、施設印・所属長印(個人印含む)どちらでも可