

(様式1)

公益社団法人 日本臨床工学技士会
認定臨床実習施設 認定申請書

(西暦) 年 月 日

公益社団法人日本臨床工学技士会
理事長 本間 崇 殿

当病院を、(公社)日本臨床工学技士会認定臨床実習指導施設に申請いたします。

病院名 _____

病院長署名 _____ (公印)

【施設情報】

フリガナ			
施設名			
フリガナ			
診療科名			
診療科長名	印		
施設所在地	〒		
電話		FAX	
病院HP	http(s)://		
申請者	e-mail: 部署:		

【認定臨床実習指導者 在籍表】

認定臨床実習指導者名	認定番号	会員番号

※申請時には、(公社)日本臨床工学技士会「認定臨床実習指導者」認定証(写し)を添付すること

(様式2)

認定臨床実習指導者勤務証明書

(西暦) 年 月 日

認定臨床実習指導者名 : _____

(公社)日本臨床工学技士会 会員番号 : _____

認定臨床実習指導者勤務証明書

(公社)日本臨床工学技士会

認定臨床実習指導者 _____ は、

当院に勤務し、臨床実習指導を行っていることを証明します。

(西暦) 年 月 日

病院名 : _____

所属長名 : _____ 印

※複数名在籍している場合、人数分の証明書をご提出ください。

(様式 3)

認定臨床実習指導施設 領収書発行願い

(西暦) 年 月 日

公益社団法人日本臨床工学技士会
理事長 本間 崇 殿

この度、(公社)日本臨床工学技士会認定臨床実習指導施設に申請するに伴い、
申請料をお支払いいたしました。

つきましては、以下の通り、領収書発行をお願いいたします。

- ・ 申請料支払者名： _____
- ・ (公社)日本臨床工学技士会 会員番号： _____
- ・ 領収書宛名： _____

* (公社)日本臨床工学技士会JACE学術機構よりお知らせ *

発行した領収書につきましては、認定証に同封し、ご郵送いたします。

支払いより暫しお待たせすることとなり、大変恐縮ではございますが、どうぞよろしくお
願いいたします。