

(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) 2019年 11月 10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 日本臨床工学技士会診療所

病院長署名 湯島 一郎 (公印)

【施設情報】

公印を押印

フリガナ	ニホンリンショウコウガクギシカイシンリョウジョ		
施設名	日本臨床工学技士会診療所		
フリガナ	リンショウコウガクカ		
診療科名	臨床工学科		所属長印を押印
診療科長名	本郷 三郎		印
施設所在地	〒113-0034 東京都文京区湯島1丁目3-4 KTお茶の水聖橋ビル5階		
電話	<u>03-1234-5678</u>	FAX	
申請者は、認定臨床実習指導者であること			
申請者	日本 臨太郎		部署：臨床工学科
	e-mail：		

【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
日本 臨太郎	TT-第 00001 号	12345

※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)2019 年 11月 10 日

認定臨床実習指導者名 : 日本 臨太郎

(公社)日本臨床工学技士会 会員番号 : 12345

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 日本 臨太郎 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)2019 年 10 月 2 日

証明した日を記入

病院名 : 日本臨床工学技士会診療所

印鑑は、施設印・所属長
印(個人印含) どちらで
も可

所属長名 : 本郷 三郎 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)2019 年 11 月 10 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。

プリバド申請者のお名前を記入してください

・申請料支払者名： 日本 臨太郎

・(公社)日本臨床工学技士会 会員番号： 12345

・領収書宛名： 日本臨床工学技士会病院

領収書の宛名を記入してください

* (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。