（様式１）

【お願い】
ご記載している情報と、ｅプリバドに登録している情報を、一致させてください。

※受験番号 ：

※資格要件 ：　　認　・　否

事務局使用欄
記入不要

第２回 内視鏡関連専門臨床工学検定試験
（願　書）

記入日：（西暦）２０１９年１１月１５日

戸籍上の氏名(漢字)を正確に記入

フリガナ	ニホン　リンタロウ	生年月日	（西暦）　年　月　日
氏 名	日本　臨太郎		
現住所　（自宅）	〒113-0034 東京都文京区湯島１－３－４ KT 御茶ノ水聖橋ビル５F TEL：03-1234-5678　　FAX：　なし		
メールアドレス	academy@ja-ces.or.jp		
勤務先施設名	公益社団法人日本臨床工学技士会		
所属科名	臨床工学科		
勤務先住所	〒113-0034 東京都文京区湯島１－３－４ TEL：03-1234-5666　　FAX：03-1234-6879		
保有する国家医療資格 （○で囲んでください）	（臨床工学技士）・看護師・臨床検査技師・診療放射線技師 その他（　　）		
(公社)日本臨床工学技士会 会員番号	会員番号：　12222　・　非会員 ＊会員は会員番号を記入し、非会員は○で囲んでください		

建物の名称まで正確に記入

メールアドレスは大きくはっきりと

施設名は省略せずに正式名称を記入

（様式２）

内視鏡関連専門臨床工学検定試験 申請書類確認表

（西暦）2019 年 11 月 15 日

申 請 者：日本 臨太郎

（公社）日本臨床工学技士会 会員番号：12222 （＊正会員のみ）

自己確認欄	申請書類	※事務局使用欄	
	自己確認欄に☑を入れること		事務局使用欄 記入不要
□	1） 願書【様式１】	可 ・否	
□	2） 「内視鏡関連指定講習会」受講修了証（写）	可 ・否	
□	3） 国家医療資格免許（写）	可 ・否	
□	4） 内視鏡関連専門臨床工学検定試験 申請書類確認表【様式２】	可 ・否	

※太枠内自己確認欄に☑を入れ、番号順に申請書類を揃え、Ａ４がそのまま折らずに入る封筒(角２)に入れ、簡易書留にて郵送すること。