様式１

公益社団法人　日本臨床工学技士会
手術関連専門臨床工学技士
2023 年度　認定更新申請書

写 真

・横３　×　縦４cm
・３ヶ月以内に撮影
・正面/上半身脱帽/無背景
・スナップ不可/カラー

記入日：(西暦)　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日	(西暦)　年　月　日
氏　名			
現住所 (自宅)	〒 TEL：		
勤務先施設名/所属科名			
勤務先施設名	〒 TEL：		
(公社)日本臨床工学技士会 会員番号	＊０から始まる６桁を記入		
所属技士会 (都道府県名)			
認定番号			
認定期間	自：　～　至：		

＊事務局使用欄	

様式２－１

取得単位申請書　（学会・研究会・講習会・セミナー・勉強会 等）

（西暦）　　年　　月　　日

申　請　者　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（公社）日本臨床工学技士会 会員番号：＿＿＿＿＿＿＿

※記入例を参考にして、該当する欄に取得した単位点数を記入してください

単位申請番号	学会・セミナー種別	参加形態	学会等の名称	学会等の会期（西暦で記入）	取得単位	※事務局使用欄	
				年　月　日～ 年　月　日		可・不可	
				年　月　日～ 年　月　日		可・不可	
				年　月　日～ 年　月　日		可・不可	
				年　月　日～ 年　月　日		可・不可	
				年　月　日～ 年　月　日		可・不可	
				年　月　日～ 年　月　日		可・不可	
				年　月　日～ 年　月　日		可・不可	
				年　月　日～ 年　月　日		可・不可	
				年　月　日～ 年　月　日		可・不可	
				年　月　日～ 年　月　日		可・不可	
単位総計						可・不可	

※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

様式２－２

取得単位申請書（論文・執筆物 等）

（西暦）　　年　　月　　日

申　請　者　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（公社）日本臨床工学技士会 会員番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

※記入例を参考にして、該当する欄に取得した単位点数を記入してください

※論文・執筆物等の取得単位が無い場合は、提出不要

単位申請番号	業績種別	著者	掲載誌の名称	論文掲載ﾍﾟｰｼﾞ	取得単位	※事務局使用欄	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
		筆頭/共同				可・不可	
単位総計						可・不可	

※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

様式３－１

取得単位証明書　（参加証明書類 貼付用紙）

（西暦）　　年　　月　　日

申　請　者　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（公社）日本臨床工学技士会 会員番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

学会参加証明　（写）
貼　付　欄
※氏名が確認できるもの

学

学会参加証明　（写）
貼　付　欄
※氏名が確認できるもの

学

様式３－２

取得単位証明書

（西暦）　　年　　月　　日

申　請　者　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（公社）日本臨床工学技士会 会員番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

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します。

（西暦）　　年　　月　　日

施設名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属長名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

※学会等の参加を証明する書類を紛失した場合に用いること

学

様式４

2023年度 手術関連専門臨床工学技士

認定申請書類確認表

（西暦）　　年　　月　　日

申　請　者　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（公社）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）	認定更新申請書　（様式１） ※証明写真 貼付のこと	可 ・ 否	
□	２）	取得単位申請書（様式２－１）、（様式２－２）	可 ・ 否	
□	３）	取得単位証明書（様式３－１）、（様式３－２）	可 ・ 否	
□	４）	認定申請書類確認表（様式４）	可 ・ 否	
□	５）	専門・認定臨床工学技士　個人情報提供承諾書（様式５）	可 ・ 否	
□	６）	休職についての証明書（様式6） ※証明の必要がある場合のみ提出（事務局へ事前連絡の必要あり）	可 ・ 否	
□	７）	他団体資格認定証等（写し） ※継続して学会認定を取得している場合のみ単位として使用・提出可	可 ・ 否	
□	８）	申請料支払い証明 ※（e-プリバド パッケージ購入完了メール等の写し）	可 ・ 否	
□	９）	会員歴　（西暦）（＿＿＿＿＿年度 入会） ※継続して本会正会員であり申請日まで会費を完納していること	可 ・ 否	年入会

※太枠内 自己確認欄に☑を入れ、上記番号順に書類を封筒（角２）に入れること

※指定期日（＊締め切り当日、消印有効）までに提出すること

様式５

日付(西暦)　　年　　月　　日

(公社)日本臨床工学技士会
理事長　本間　崇　殿

公益社団法人 日本臨床工学技士会
専門・認定臨床工学技士　個人情報提供承諾書

私は、公益社団法人 日本臨床工学技士会 専門･認定臨床工学技士としての活動の一環として、日本臨床工学技士会WEBサイトや機関誌等への情報掲載および関係団体への個人情報の提供を、

・承諾します。

・承諾しません。

（該当を〇で囲む）

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(公社)日本臨床工学技士会　会員番号：＿＿＿＿＿＿

【提供する個人情報】

1. 提供先 種別（該当を〇で囲む）：

① JACE 学術機構 WEB サイト　　② 機関誌（たより）　　③ 関係団体への情報提供

2. 提供内容：

- 所属技士会（都道府県名）
- 勤務先施設名/所属科名
- メールアドレス（関係団体への情報提供のみ使用）

※e-プリバド登録情報に基づく内容を使用予定

3. 情報提供期間：　認定期間

以上

様式６

休職についての証明書

（公社）日本臨床工学技士会
　理事長　本間　崇　殿

申請者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(公社)日本臨床工学技士会　会員番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：(西暦)＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

休職期間：(西暦)＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日～(西暦)＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

休職理由：　妊娠　　出産　　育児　　傷病　　介護
　　（※該当する理由に〇をつけてください）

上記のとおり、証明いたします。

証明日：(西暦) ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

施設名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印