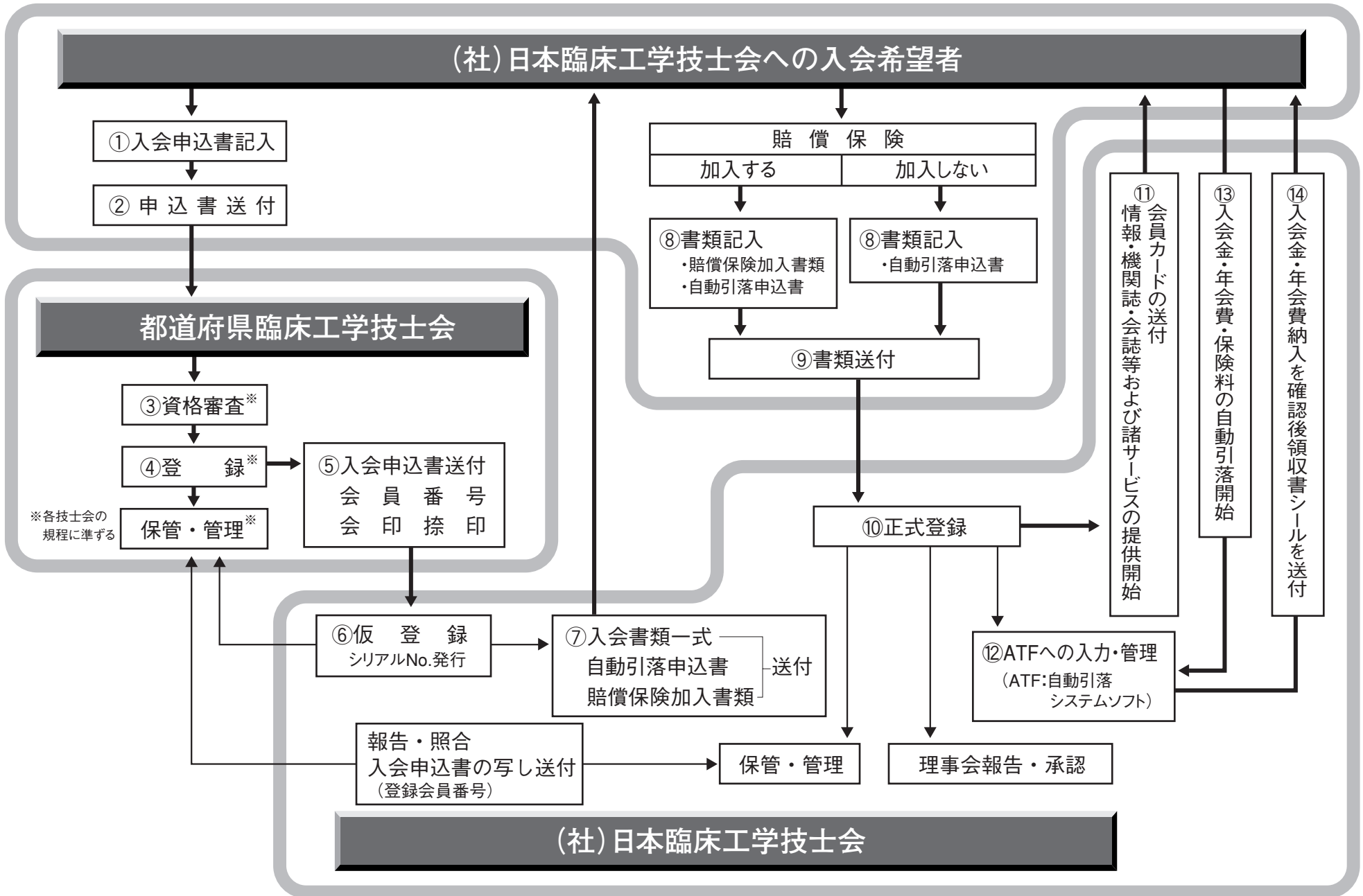


(社)日本臨床工学技士会 正会員入会手順チャート



(社)日本臨床工学技士会 入会申込書記入・届出要領

入会までの流れは裏面の「(社)日本臨床工学技士会正会員入会手順チャート」の通りです。
入会申込書の記入・届出にあたっては本記入要領を参照して下さい。

記入要領

(様式-1)

社団法人 日本臨床工学技士会入会申込書
都道府県 臨床工学技士会入会申込書

私は、貴会の目的に賛同し平成 (A) 年度からの入会を申込みます。

入会申込者記入欄 申込年月日 平成 年 月 日 (B)

| | | |
|--|-----------------------------------|-----------|
| 氏名 フリガナ | 生年月日 年 月 日生 | 性別 男・女 |
| (E) | 臨床工学技士免許番号 第 号 | |
| 現住所(居住地) フリガナ 〒□□□-□□□□ | 電話番号 () - | FAX: |
| 勤務先名 フリガナ | Eメールアドレス | 所属部署 |
| 勤務先住所 フリガナ 〒□□□-□□□□ | 電話番号 () - | FAX: |
| 主な専門分野 (C) 循環・代謝・呼吸・ICU・手術室・ME室・業者・教育 その他 () | 経験年月数 (D) 年 ヶ月 | |
| 既取得医療関係資格等 (E) 臨床衛生検査技師・看護師・診療放射線療法師・救急救命士・3学会合同呼吸療法認定士・透析技術認定士・ 体外循環技術認定士・臨床高気圧酸素治療技師・第2種ME技術実力検定試験・第1種ME技術実力検定試験・ その他 () | | |
| 郵送物指定送付先 自 宅 ・ 勤務先 | 最終学歴 大 学 ・ 短 大 ・ 専 門 学 校 ・ 高 校 | |

↓ (F)

| | | | |
|------------------|-------------|----------------------|------|
| 都・道 府・県 | 臨床工学技士会 (E) | 受付 年 月 日 登録 年 月 日 | 会員番号 |
|------------------|-------------|----------------------|------|

↓

| | | |
|------------------|------------------|------|
| (社)日本臨床工学技士会 (E) | 受付入力年月日 登録年月日 | 会員番号 |
|------------------|------------------|------|

お問い合わせ先
社団法人 日本臨床工学技士会
〒113-0033 東京都文京区本郷3丁目4-3
ヒルズSS4・お茶の水ビル4F
TEL:03(5805)2515 FAX:03(5805)2516

△平成15年8月

- ①入会希望年度を記入して下さい。
尚、12月1日以降に入会申込書を送られる方は、当年度入会もしくは次年度入会
のどちらかを選択できます。但し、4月1日以降11月30日迄に入会申込書が届いた
方は当該年度からのみの入会となります。
- ②各都道府県臨床工学技士会へ本申込書を提出した日付を記入し
て下さい。
- ③下記の中から該当するものに○印をつけて下さい。
- ④臨床工学技士としての経験年月数を記入して下さい。
- ⑤臨床工学技士以外の医療関係職種の資格等を取得している場
合、下記の中から選んで○印をつけて下さい。
- ⑥入会申込者は上記枠内を記入後、各都道府県臨床工学技士会
へ提出して下さい。



各都道府県臨床工学技士会殿は、捺印の上、貴会会員番号を
記入し、(社)日本臨床工学技士会に郵送して下さい。

社団法人 日本臨床工学技士会入会申込書

都道府県 臨床工学技士会入会申込書

私は、貴会の目的に賛同し平成 _____ 年度からの入会を申込みます。

入会申込者記入欄

申込年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | |
|---|-----------------------------------|-------------|
| 氏名 フリガナ ⑩ | 生年月日 年 月 日生 | 性別 男 ・ 女 |
| | 臨床工学技士免許番号 第 _____ 号 | |
| 現住所(居住地) フリガナ 〒□□□-□□□□ | 電話番号 () — FAX : | |
| 勤務先名 フリガナ | Eメールアドレス | |
| | 所属部署 | |
| 勤務先住所 フリガナ 〒□□□-□□□□ | 電話番号 () — FAX : | |
| 主な専門分野 循環 ・ 代謝 ・ 呼吸 ・ ICU ・ 手術室 ・ ME室 ・ 業者 ・ 教育 その他 () | 経験年月数 年 _____ 月 | |
| 既取得医療関係資格等 臨床衛生検査技師 ・ 看護師 ・ 診療放射線療法師 ・ 救急救命士 ・ 3学会合同呼吸療法認定士 ・ 透析技術認定士 ・ 体外循環技術認定士 ・ 臨床高気圧酸素治療技師 ・ 第2種ME技術実力検定試験 ・ 第1種ME技術実力検定試験 ・ その他 () | | |
| 郵送物指定送付先 自 宅 ・ 勤務先 | 最終学歴 大 学 ・ 短 大 ・ 専 門 学 校 ・ 高 校 | |



都道府県臨床工学技士会記入欄

| | | |
|--------------------------------------|-----------|------|
| 都 ・ 道 府 ・ 県 臨床工学技士会 ⑩ | 受 付 年 月 日 | 会員番号 |
| | 登 録 年 月 日 | |



(社)日本臨床工学技士会記入欄

| | | |
|-------------------------|---------|------|
| (社) 日 本 臨 床 工 学 技 士 会 ⑩ | 受付入力年月日 | 会員番号 |
| | 登録年月日 | |

△平成15年8月

お問い合わせ先

社団法人 日本臨床工学技士会

〒113-0033

東京都文京区本郷3丁目4-3

ヒルズ884・お茶の水ビル4F

TEL:03(5805)2515 FAX:03(5805)2516