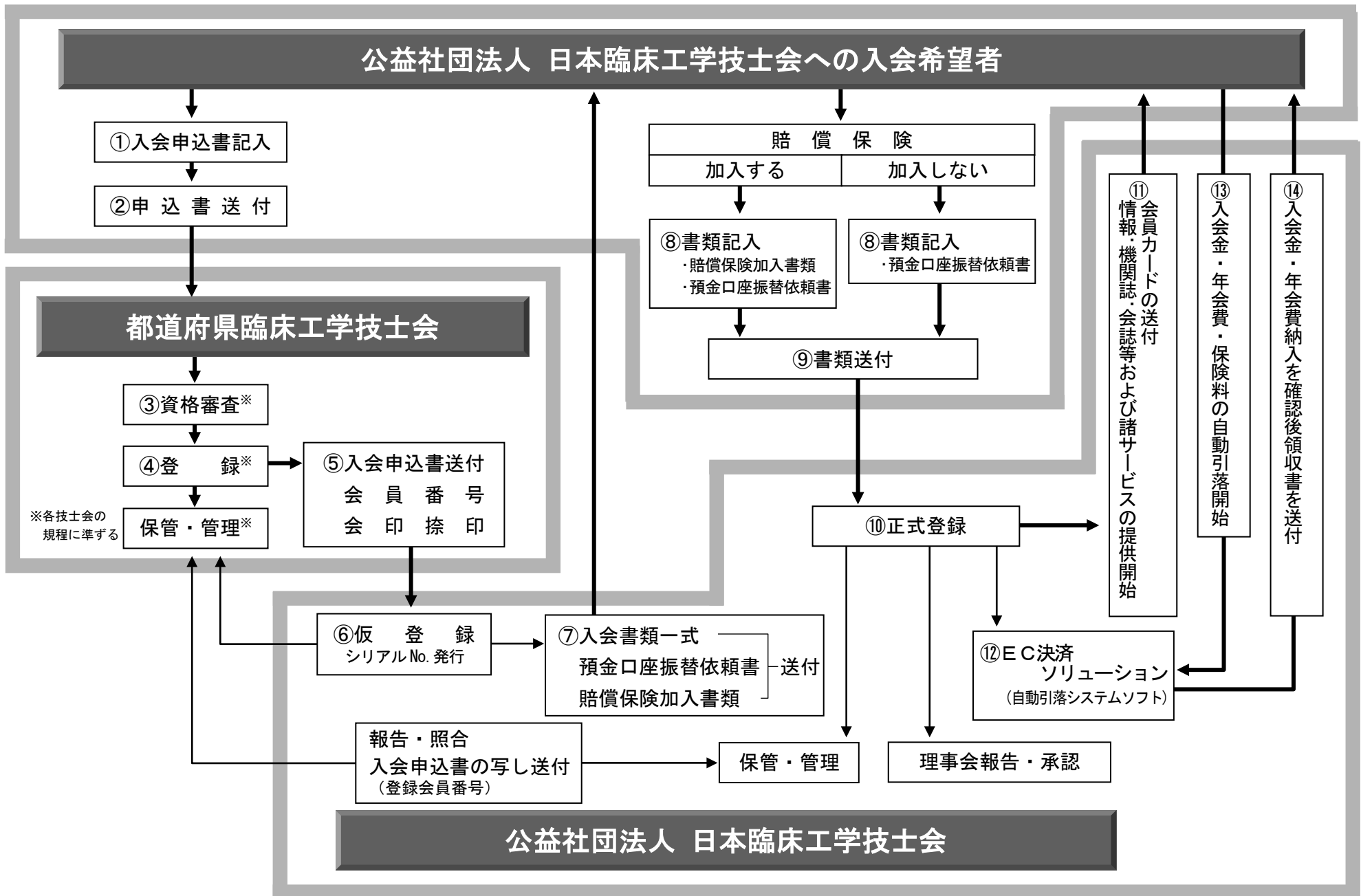


# 公益社団法人 日本臨床工学技士会 正会員入会手順チャート

平成27年7月



# 公益社団法人 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「公益社団法人 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にしてください。

## 記入要領

### 公益社団法人 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 <small>フリガナ</small>	生年月日 年 月 日生	性別 男 ・ 女	臨床工学技士免許番号 第 号
〒□□□-□□□□	電話番号 ( )	FAX: -	
現住所(居住地) <small>フリガナ</small>	Eメールアドレス		所属部署
〒□□□-□□□□	電話番号 ( )		
勤務先名 <small>フリガナ</small>	FAX: -		経験年月数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
〒□□□-□□□□	電話番号 ( )		
勤務先住所 <small>フリガナ</small>	FAX: -		経年年月数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
〒□□□-□□□□	電話番号 ( )		
主な専門分野 <input type="text"/>	経験年月数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月		既取得医療関係資格等 <input type="text"/>
循環 ・ 代謝 ・ 呼吸 ・ ICU ・ 手術室 ・ ME室 ・ 業者 ・ 教育 その他 ( )	経験年月数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月		
既取得医療関係資格等 <input type="text"/>	経験年月数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月		郵送物指定送付先 自 宅 ・ 勤務先
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 ( )	経験年月数 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月		
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	受付 年 月 日	会員登録 年 月 日	会員番号
------------	---------	----------	------------	------

#### 公益社団法人 日本臨床工学技士会記入欄

公益社団法人 日本臨床工学技士会	受付入力年月日	会員登録年月日	会員番号
------------------	---------	---------	------

お問い合わせ先  
 公益社団法人 日本臨床工学技士会  
 〒113-0034 東京都文京区湯島1丁目3-4  
 KTお茶の水型権ビル5F  
 TEL:03(5805)2515 FAX:03(5805)2516

- ① 入会希望年度を記入してください。  
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ください。
- ③ 下記の中から該当するものに○印をつけてください。
- ④ 臨床工学技士としての経験年月数を記入してください。
- 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○印をつけてください。
- 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ください。



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公益社団法人 日本臨床工学技士会に郵送してください。

# 公益社団法人 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

氏名 フリガナ ..... ①	生年月日 年 月 日生	性別 男 ・ 女
フリガナ ..... ①	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: Eメールアドレス	
勤務先名 フリガナ .....	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 日	
<b>既取得医療関係資格等</b> 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 臨床工学技士会 ① ..... 府 ・ 県	受 付 年 月 日	会 員 番 号
	登 録 年 月 日	

### 公益社団法人 日本臨床工学技士会記入欄

公益社団法人 日本臨床工学技士会 ①	受 付 入 力 年 月 日	会 員 番 号
	登 録 年 月 日	

お問い合わせ先

平成27年7月

公益社団法人 日本臨床工学技士会

〒113-0034 東京都文京区湯島1丁目3-4

KTお茶の水聖橋ビル5F

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