

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 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 _____ヶ月	
既取得医療関係資格等 臨床検査技師 ・ 看護師 ・ 診療放射線療法士 ・ 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 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 ⑩	受付入力年月日 登録年月日	会員番号
--------------------	------------------	------

平成27年7月

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お茶の水聖橋ビル5F

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