

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し込みます。

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 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24年4月

お問い合わせ先

公益社団法人 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