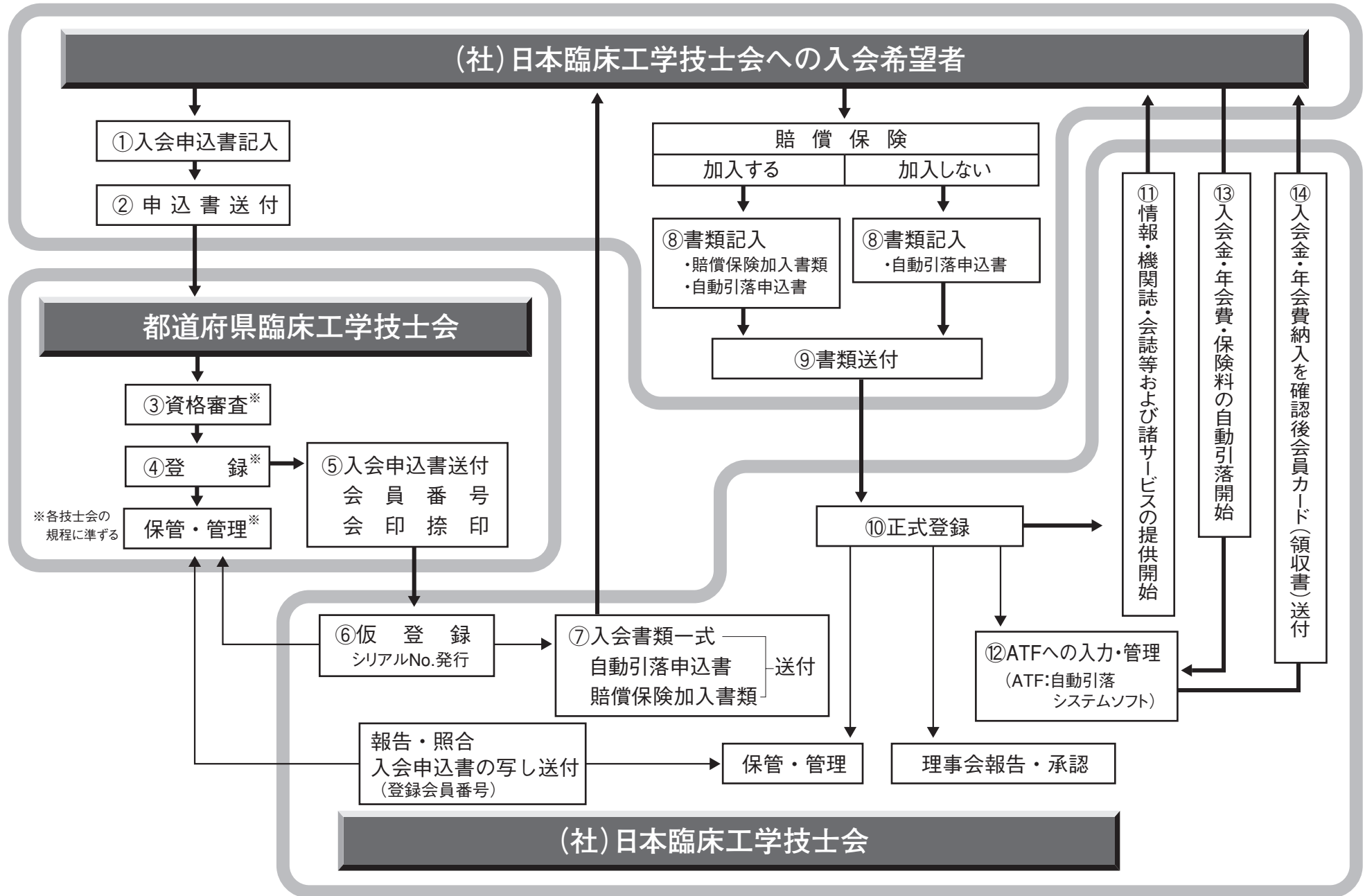


(社)日本臨床工学技士会 正会員入会手順チャート

平成14年4月
社団法人 日本臨床工学技士会



(社)日本臨床工学技士会 入会申込書記入・届出要領

平成14年4月
社団法人 日本臨床工学技士会

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 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 <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日生	性別 <input type="text"/> 男 <input type="text"/> 女
<input type="text"/>	臨床工学技士免許番号 <input type="text"/> 第 <input type="text"/> 号	
現住所(居住地) フリガナ <input type="text"/>	電話番号 (<input type="text"/>)	
〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	FAX: <input type="text"/>	
勤務先名 フリガナ <input type="text"/>	Eメールアドレス <input type="text"/>	
	所属部署 <input type="text"/>	
勤務先住所 フリガナ <input type="text"/>	電話番号 (<input type="text"/>)	
〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	FAX: <input type="text"/>	
主な専門分野 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	経験年月数 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヶ月	
既取得医療関係資格等 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
臨床検査技師・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・透折技術認定士・体外循環技術認定士・臨床高気圧治療技師・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(<input type="text"/>)		
郵送物指定送付先 <input type="text"/>	最終学歴 <input type="text"/>	
自宅・勤務先	大学・短大・専門学校・高校	

↓

都道府県臨床工学技士会記入欄	受付年月日 <input type="text"/>	会員番号 <input type="text"/>
都・道 <input type="text"/> 臨床工学技士会 <input type="text"/>	登録年月日 <input type="text"/>	
府・県 <input type="text"/>		

↓

(社)日本臨床工学技士会記入欄	受付入力年月日 <input type="text"/>	会員番号 <input type="text"/>
(社)日本臨床工学技士会 <input type="text"/>	登録年月日 <input type="text"/>	

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

- 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。
- 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	

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