

## 第 23 回（2018 年）呼吸療法認定士認定審査申請書

申請日 平成 年 月 日

3 学会合同呼吸療法認定士認定委員会 殿

申請者氏名 ㊟

呼吸療法認定士の認定を申請します。

フリガナ		性 別	生年月日	年 齢
氏 名		男 ・ 女	昭和 平成 年 月 日生	歳

フリガナ				
現住所	〒 -			
	TEL	FAX		

最終学歴	(学校名)	年	月卒業
------	-------	---	-----

資 格 (免許)	<input type="checkbox"/> 臨床工学技士免許	昭和・平成	年 月 日取得	免許登録番号	第	号
	<input type="checkbox"/> 看護師免許	昭和・平成	年 月 日取得	免許登録番号	第	号
	<input type="checkbox"/> 准看護師免許	昭和・平成	年 月 日取得	免許登録番号	第	号
	<input type="checkbox"/> 理学療法士免許	昭和・平成	年 月 日取得	免許登録番号	第	号
	<input type="checkbox"/> 作業療法士免許	昭和・平成	年 月 日取得	免許登録番号	第	号
※所有する資格全てを記入すること。また、今回の受験資格に☑を付けること。						

顔写真付き 本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 社員証または学生証
	<input type="checkbox"/> 写真付き住民基本台帳カード	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	

主要職歴	期 間	施設の名称
	<input type="checkbox"/> 昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日( 年 ヶ月)	
	<input type="checkbox"/> 昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日( 年 ヶ月)	
※過去に提出した実務経験証明書の交付を受けた施設に☑を付けること。交付を受けた施設は必ず記入すること。		

過去の状況	講習会： 第_____回 認定講習会を受講した	受講番号 _____
	試験： 第_____回 認定試験を(受験した・欠席した)	受験番号 _____
	その他： ( _____ )	

現在の勤務先	施設の名称	所属	
	所在地	〒 -	
	TEL	(内線 )	FAX

<b>第 23 回 3 学会合同呼吸療法認定士認定試験 入力票</b>												整理番号	※記入しない	
フリガナ														
氏 名	氏					名								
性 別	1. 男 2. 女		生年月日	昭和 平成	年	月	日生	年 齡	歳					
現 住 所	〒 - 都道府県													
	マンション・アパート名からはこちらに記入すること。													
	TEL						FAX							
	携帯電話													
メールヨミ (カナ)														
Email	@													
現在の勤務先	フリガナ						配属							
	施設の名称													
	所在地	〒 - 都道府県												
	TEL						(内線)		FAX					
最終学歴	1. 大学 2. 短大・高専 3. 専門学校 4. 高校 5. その他													
資 格	※複数の資格を所有している場合は今回の受験資格となるものを1つ選ぶこと。 1. 臨床工学技士 2. 看護師 3. 准看護師 4. 理学療法士 5. 作業療法士													
実務経験 通算年数	※上記で選んだ医療資格の <u>免許取得日から現在まで</u> の実務経験通算年数を記入すること。 年 月													
主たる業務	※現在行っている業務及び配属が複数該当する場合は主たるものを1つ選ぶこと。 1. 呼吸器外来 2. 循環器外来 3. 呼吸器病棟 4. 循環器病棟 5. ICU 6. NICU 7. CCU 8. 救急部 9. 手術室 10. 理学療法 11. 作業療法 12. ME室 13. 訪問看護 14. その他 ( )													
受講回数等	1. 初回 2. 再受講(第 回講習会受講済) 3. 受講免除(第 回講習会受講済)													
受験回数	1. 初回 2. 再受験(第 回試験受験済)													

# 第 23 回受講免除 1 名分のみ

1 1 3 - 0 0 3 3

切手  
貼付欄

東京都文京区本郷 3-42-6 NKD ビル 7F  
公益財団法人 医療機器センター内

3 学会合同呼吸療法認定士  
認定委員会事務局 **受講免除** 係

記 \*\*\*-\*\*-\*\*\*\*\*-\* 録

**特定記録**

**二ツ折厳禁**

**\* 窓口持ち込み郵便 (ポスト投函禁止)**

[第 23 回受講免除：申請書類提出用]

フリガナ		〒	-
氏名	現住所	連絡先：自宅・勤務先・その他（	）
		TEL	- -

<b>【受講済認定講習会】</b> 該当回数にチェックをしてください。	<b>【送付書類チェック】</b> 全ての書類が整っていない場合は受付できません。必ず確認してください。
<input type="checkbox"/> 第 21 回 (2016 年) 受講済み <input type="checkbox"/> 第 22 回 (2017 年) 受講済み	<input type="checkbox"/> ①呼吸療法認定士認定審査申請書 (様式 1) <input type="checkbox"/> ②入力票 (様式 2) <input type="checkbox"/> ④顔写真付き本人確認書類のコピー (A4) <input type="checkbox"/> ⑤受講票・受験票・写真票・試験結果通知書のいずれかのコピー (A4) <input type="checkbox"/> ※戸籍抄本 (過去の受講・受験時と氏名が異なる場合のみ)

<b>【第 23 回認定講習会テキスト】</b> 購入希望者のみチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 購入希望
--	-------------------------------

この用紙を角形 2 号封筒 (A4 サイズが折らずに入る大きさ) の前面に貼ってご使用ください。