

証明者様へ

実務経験証明書作成のご依頼

【呼吸療法認定士 認定講習会受講申請に係る証明について】



3学会合同呼吸療法認定士
CERTIFIED RESPIRATORY THERAPIST



公益財団法人
医療機器センター
Japan Association for the Advancement of Medical Equipment
JAAME

研修事業部



手順に沿ってご対応をお願いいたします。

1. 「実務経験証明書」について
2. 「実務経験証明書」作成の注意点
3. 証明者・事務担当者について
4. 「実務経験証明書」作成のながれ
 - A. 専用書式（紙書類）
 - B. 電子署名
5. その他

1. 「実務経験証明書」について

この度、申請者が「3 学会合同呼吸療法認定士」認定講習会の受講申請を行うにあたり、「実務経験証明書」の提出が必要となりました。

「実務経験証明書」の作成・提出は、

- A. 専用書式（紙書類）で作成／写真をアップロード
- B. 申請者の入力した内容で電子署名

いずれかご都合のよい方法を選択してご対応ください。

この電子証明は、法人および証明者様の意思に基づくものであり、法的にも有効なものとして取り扱われます。

なお、本証明書の虚偽記載や不正な申請は固く禁じられており、発覚した場合には資格審査の無効化や、資格の取消し等の措置が講じられる可能性があります。

お手数をおかけしますが、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

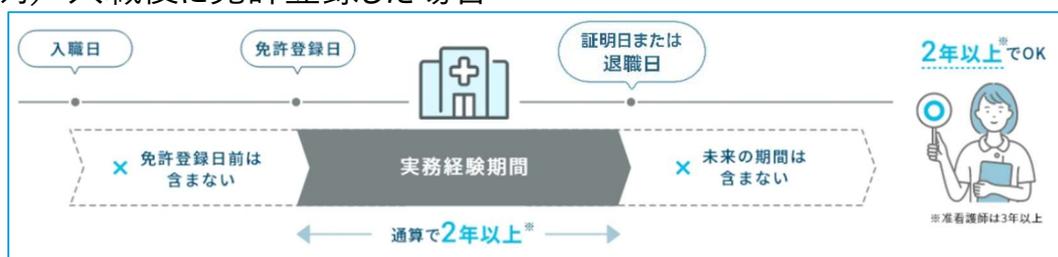
3 学会合同呼吸療法認定士認定委員会事務局
公益財団法人医療機器センター研修事業部

2. 「実務経験証明書」作成上の注意点

〈実務経験期間〉

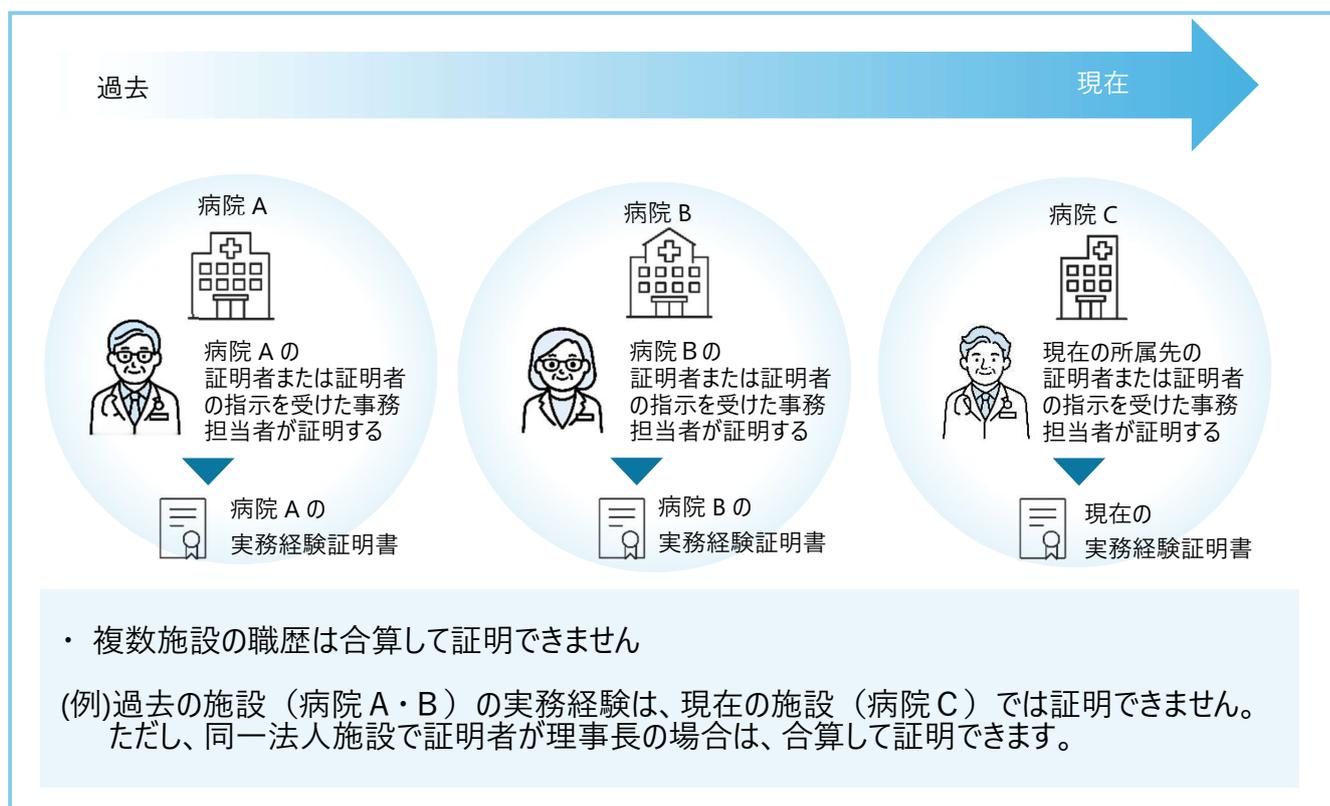
- ・ 臨床工学技士、看護師、理学療法士、作業療法士は2年以上、准看護師は3年以上必要です。
- ・ 入職日（入職後に免許登録した場合は、免許登録日）から証明日（過去の勤務先の場合は退職日）までの期間です。
- ・ 証明日時点で期間が1日でも満たない場合は申請できません。
- ・ 見込み証明はできません。（未来の期間は含みません。）

例) 入職後に免許登録した場合



複数施設で職歴がある場合

- ・ 1つの施設で必要な実務経験期間を満たせる方は、その施設の証明をご提出ください。
- ・ 1つの施設で満たせない方は、複数施設の証明が必要です。



3. 証明者・事務担当者について



申請者：「呼吸療法認定士」認定講習会の受講希望者

証明者：施設の責任者、理事長、病院長等

※事務長、部長、師(士)長などは不可

事務担当者：証明者の指示を受けた事務担当で、書類作成・電子署名の依頼先となる方。証明者が書類作成・電子署名を行う場合は、証明者＝事務担当者となります。

ご注意

- ・証明者が証明できるのは、自施設での実務経験期間のみです。他の施設の期間を証明することはできません。
- ・ただし、同一法人の各施設については、証明者が理事長の場合、実務経験を合算して証明することができます。その際は必ず各施設名を入れてください。

4. 「実務経験証明書」作成の流れ

A. 専用書式（紙書類）で作成／写真をアップロード

●実務経験証明書の作成について

専用書式（紙書類）を使用し、実務経験を証明する方法です。書類作成は証明者、または証明者の指示を受けた事務担当者が行って下さい。書類作成にあたっての注意事項をご確認のうえ、ご記載、ご捺印ください。作成した書類は申請者様にお渡しください。

専用書式（紙書類）の流れは以下のとおりです。

①書類印刷（申請者）



申請者



②実務経験証明書の作成（証明者または証明者の指示を受けた事務担当者）



証明者

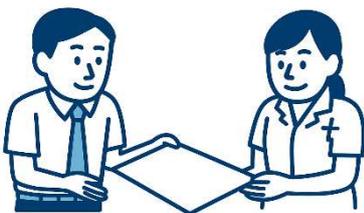
or



証明者 事務担当者



③作成した実務経験証明書は申請者にお渡しください



事務担当者 申請者

〈実務経験証明書 A.専用書式サンプル〉

第31回呼吸療法認定士 実務経験証明書							
申請者 氏名 生年月日 医療資格 免許登録日	<div style="background-color: gray; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> 理学療法士 2020年/令和2年1月1日	住所 113-0033 東京都文京区本郷					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">【書籍作成にあたっての注意事項】<ul style="list-style-type: none">・以下は証明者が記載してください。訂正は必ず公印で訂正のこと。申請者の印鑑は認めない。・証明者は理事長、病院長等(ゴム判+公印可)です。事務長、部長、師(士)長などは不可。・証明者が法人の理事長の場合は、法人名と病院名を記載してください。・医療施設等の正規職員(フルタイム)、または同等の勤務を行った期間が対象です。・医療機器メーカー等での勤務は実務経験として認められません。・休職期間は、その旨を記入して年数から差し引くこと。・複数施設の職歴は1通の証明書に合算できません。・その他詳細は「実務経験証明書作成のご依頼」をご確認ください。</div>							
実務経験期間 ※免許登録日以降の勤務開始日から、証明日または退職日まで							
西暦	月	日	から	西暦	年	月	日
※上記期間のかつ、休職等							
実務経験期間 年月(休職等を除く) 年 月 日							
主な従事業務							
上記のとおり、申請者の実務経験を証明します。							
証明日 西暦 年 月 日							
施設の名称							
所在地							
証明者の役職・氏名							
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px;">公印</div>							
※公印が院長私印の場合は、その旨を記載すること							
【第31回受講・Aアップロード用】							

? 主な従事業務

例) 集中治療部にて看護業務 等

? 証明日

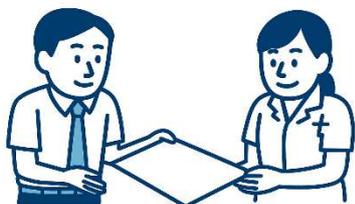
- ・証明者が証明した日付です。書類作成日をご記載ください。
- ・証明日は未来の日付にはできません。

B. 電子署名

●実務経験証明書への電子署名について
実務経験証明書（電子書類）の内容は、申請者に入力して頂きますので、実務状況をご確認のうえ、証明者から申請者に入力内容をお伝えください。申請者がオンラインで入力を行った後、10 営業日程度でメールにて電子署名をご依頼します。電子署名は証明者、または証明者の指示を受けた事務担当者が行ってください。

電子署名の流れは以下のとおりです。

①入力内容の確認（証明者・事務担当者・申請者）



事務担当者 申請者



②オンラインで入力（申請者）

申請者



事務局で内容を確認後、証明者様宛に電子署名の依頼メールをお送りします。



! 電子署名の依頼メール

電子署名の依頼メールは、申請者入力完了後、10 営業日程度かかります。

③実務経験証明書への電子署名 （証明者または証明者の指示を受けた事務担当者）



証明者

or



証明者 事務担当者

①入力内容の確認

証明者・事務担当者の方には、申請者の実務状況をご確認の上、申請者にお伝えいただきます。

手続きを円滑かつ正確に進めていただくため、下記の「入力内容確認用紙」へご記入いただき、申請者様へお渡しください。



〈入力内容確認用紙〉

●実務経験期間

※免許登録日以降の勤務開始日から、証明日または退職日まで

西暦 年 月 日 から 西暦 年 月 日

※上記期間のうち休職等（30字以内）

実務経験期間 年月（休職等を除く） 年 月

●主な従事業務

●施設名称

所在地

●証明者（施設・病院長等）の役職・氏名（フルネーム）

●電子署名を行う方の部署・氏名（フルネーム）

●電子署名の依頼先 Email

●実務経験期間

※免許登録日以降の勤務開始日から、証明日または退職日まで

西暦 年 月 日 から 西暦 年 月 日

※休職期間がある場合はその理由と期間（30字以内）

? 実務経験期間

- ・医療施設等の正規職員（フルタイム）、または同等の勤務を行った期間が対象です。
- ・休職期間がある場合は、記載してください。

実務経験期間 年月（休職等を除く） 年 ヶ月

? 実務経験期間 年月（休職等を除く）

- ・休職期間を除いた従事期間の年月を記載してください。

●主な従事業務

? 主な従事業務

- ・期間中に従事していた業務について記入してください。
- 例) 集中治療部にて看護業務

●施設名称

所在地

●証明者の役職・氏名

? 証明者の役職・氏名

- ・3. 証明者・事務担当者について をご確認ください。

●電子署名を行う方の部署・氏名（フルネーム） _____

? 電子署名を行う方

- ・3. 証明者・事務担当者について ご確認ください。
- ・電子署名は証明者または証明者の指示を受けた事務担当者のみが行うことができます。
- ・証明者が電子署名を行う場合は、証明者の役職・氏名を入れてください。
- ・電子署名は法的に有効なものとして取り扱われます。
- ・本証明書の虚偽記載や不正な申請は固く禁じられており、発覚した場合には資格審査の無効化や受講資格の取消し等の措置が講じられる可能性があります。

●電子署名の依頼先 Email _____

? 電子署名の依頼先

- ・このEメールアドレス宛に電子署名依頼をお送りします。
- ・プライベート用ではなく、所属法人の業務用メールアドレスをご記入ください。
- ・Gmail・Yahoo!メールなどのフリーメールは、誤配信や受信エラーの原因となるため避けてください。

②オンラインで入力

「入力内容確認用紙」を元に、申請者がオンラインで入力します。

申請者



※入力内容を元に電子書類が作成されます。
事務局にて審査を行いますので、
次のステップまで 10 日ほどお待ちいただくことがあります。

③実務経験証明書への電子署名

電子署名の依頼先アドレス宛に署名依頼のメールが届きます。



「文書を確認する」を押して、書類の内容をご確認ください。



「署名をはじめる」を押してください。

記載内容に問題がなければ、「完了する」を押してください。

「署名手続きを完了する」を押してください。

これで電子署名は完了です。ご対応ありがとうございました。

※このあと署名完了のメールが届きます。

メールから署名済み書類をダウンロードできますが、提出は不要です。

証明内容が間違っている場合

事務担当者



内容間違いのために署名できない場合は、
右上のメニューから「署名を辞退する」を選択してください。

GMOサイン

署名の辞退

署名を辞退するボタンをクリックすると、この文書は無効になります。
現在の作業を中断し、あとから署名をする場合はキャンセルをクリックし、画面右上のサブメニューより「あとで署名」を選択してください。

署名の辞退を続行する場合は、下記に理由を記入してください。

内容が間違っているため

署名を辞退する

キャンセル

理由を記載のうえ、「署名を辞退する」を押してください。

事務担当者 申請者



正しい記載の「入力内容確認用紙」を申請者にお渡しください。
お手数をおかけしますが、どうぞよろしくお願い致します。

5. その他

過去に「呼吸療法認定士」認定講習会の受講歴が確認できた申請者の場合は、実務経験証明書を省略いたします。



3学会合同呼吸療法認定士
CERTIFIED RESPIRATORY THERAPIST



公益財団法人

医療機器センター

Japan Association for the Advancement of Medical Equipment
JAAME