

①記入例

第 24 回 (2019 年)呼吸療法認定士認定審査申請書					整理番号	※記入しない
3学会合同呼吸療法認定士認定委員会 殿			申請日	平成 31年	3月	23日
呼吸療法認定士の認定を申請します。			申請者氏名	山田 花子		
フリガナ	ヤ	マ	タ	ハ	ナ	コ
氏名	山田			花子		
性別	1. 男	<input checked="" type="radio"/> 2. 女	生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成	1年	10月 15日生 29歳
フリガナ						
現住所*	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京 <input checked="" type="radio"/> 都道府県 〇〇区〇〇1-2-3					
	※マンション・アパート名称、号室はこちらに記入すること。 〇〇マンション 103号室					
	携帯番号 090-1234-5678		TEL	03-1234-5678		FAX 03-1234-9876
ヨミ(カナ)	オー ゼロ アンダーバー 数字のイチ エル ハイフン キュー 数字の9 ジー ドット ジェイ アイ @					
Email	o0_1l-q9g.ji@jaame.or.jp					
最終学歴	1. 大学 2. 短大・高専 <input checked="" type="radio"/> 3. 専門学校 4. 高校 5. その他					
資格* (免許)	※今回の受講・受験資格1つに○を付すこと。 1. 臨床工学技士 <input checked="" type="radio"/> 2. 看護師 3. 准看護師 4. 理学療法士 5. 作業療法士					
12.5点以上 取得状況	No. 199	学会/講習会等名称 〇〇呼吸セミナー			出席 2018年 9月	
主要職歴*	※申請区分aのみ。「実務経験証明書」を交付した施設に☑を付けること。					施設の名称
	<input checked="" type="checkbox"/> 職	年	月	日	～	職
	年	月	日	～	年	月
過去の状況*	※申請区分b、cのみ。過去の受講又は受験状況等について記入すること。 講習会： 1. 初回 2. 再受講(第 回 受講済) 受講番号 _____ 受験： 1. 初回 2. 再受験(第 回 受験済) 受験番号 _____					
実務経験 通算年数	上記医療資格の免許登録日から現在までの実務経験通算年数					6年 10ヶ月
現在の勤務先	フリガナ	〇〇〇キネンビョウイン				所属
	施設の名称	医療法人〇〇会 〇〇〇記念病院				4階西病棟
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都 〇〇区〇〇4-5-6 TEL 03-3000-0000 (内線 〇〇〇) FAX 03-3000-0000				
主たる業務	※現在行っている業務で主たるもの1つに○を付すこと。 1. 呼吸器外来 2. 循環器外来 <input checked="" type="radio"/> 3. 呼吸器病棟 4. 循環器病棟 5. _____ 6. NICU 7. CCU 8. 救急部 9. 手術室 10. _____ 11. 作業療法 12. ME室 13. 訪問看護 14. その他・無職					施設の名称は「医療法人〇〇会～」など正式名称を記入する。フリガナは病院等名称のみでよい。所属欄は〇〇科、〇〇病棟等も記載すること。現在、無職や休職中の場合は施設の名称欄にその旨記入すること。
受講希望班	第1～4希望まで、順位を ABCD で全て記入すること。 ④封筒表と同じ順位を記入すること。				講習日程 (2019年) A班 8月24日(土)～8月25日(日) B班 8月26日(月)～8月27日(火) C班 8月28日(水)～8月29日(木) D班 8月30日(金)～8月31日(土)	

記入しないこと。

本人印は必ず押すこと。
(シャチハタ不可)

〇〇様方、〇〇マンション〇〇号室まで
記入すること。

実務経験証明書を交付した施設(期間)
に☑を付すこと。書ききれない場合は、
直近の職歴を記入すること。

施設の名称は「医療法人〇〇会～」など
正式名称を記入する。フリガナは病院等
名称のみでよい。所属欄は〇〇科、〇〇
病棟等も記載すること。
現在、無職や休職中の場合は施設の名称
欄にその旨記入すること。

②記入例 A:現在勤務している医療施設で証明してもらう場合

第 24 回（2019 年）実務経験証明書

申請者氏名 ○○ ○○○

現住所 東京都○○区○○1-2-3

生年月日 昭和 ○年 ○月 ○日生

（以下訂正する場合は、申請者の印鑑は認めない。必ず証明者印で訂正のこと。）

申請者が本施設において

（職種）

※該当職種に☑を付けて下さい。

臨床工学技士 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士

（免許登録日 昭和 平成 24 年 4 月 28 日 免許登録番号 第 1234123 号）

（実務経験期間）

※入職後に免許登録した場合は、免許登録日が証明期間の最初の日であること。

昭和 平成 24 年 4 月 28 日 から 昭和 平成 31 年 3 月 22 日 現在 まで （ 6 年 10 ヶ月）

（主な従事業務）

リハビリテーション室にて機能訓練業務

上記のとおり従事（実務経験）して いる ことを証明します。
いた

証明日 平成 31 年 3 月 23 日 申請日以前の日

施設（病院等）の名称

医療法人○○○会 ○○○記念病院

所在地

東京都○○区○○3-2-1

証明者（施設・病院長等）の役職・氏名

院長 ○○ ○○○



※公印が院長私印の場合は、その旨を記載すること。

②記入例 B:現在勤務している医療施設で休職期間がある場合

第 24 回 (2019 年) 実務経験証明書

申請者氏名 × × × × ×

現住所 東京都 × × 区 × × 4-5-6

生年月日 ^{昭和} × 年 × 月 × 日生

(以下訂正する場合は、申請者の印鑑は認めない。必ず証明者印で訂正のこと。)

申請者が本施設において

(職種)

※該当職種に☑を付けて下さい。

臨床工学技士 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士

(免許登録日 ^{昭和}平成 8 年 4 月 16 日 免許登録番号 第 4321987 号)

(実務経験期間)

※入職後に免許登録した場合は、免許登録日が証明期間の最初の日であること。

^{昭和}平成 12 年 3 月 1 日 から ^{昭和}平成 31 年 3 月 22 日 (^{現在} 17 年 4 ヶ月)
まで

休職期間

平成 12 年 5 月 1 日～平成 13 年 4 月 30 日(1 年間)

平成 15 年 8 月 1 日～平成 16 年 3 月 31 日(8 ヶ月) ←

通算 19 年 0 ヶ月のうち、休職期間がある場合は併記して通算年数から差し引くこと。

(主な従事業務)

主に手術部にて看護業務

上記のとおり従事(実務経験)して ^{いる} ことを証明します。
いた

証明日 平成 31 年 3 月 23 日 申請日以前か同日

施設(病院等)の名称 × × 医科大学附属病院

所在地 東京都 × × 区 ○ ○ 6-5-4

証明者(施設・病院長等)の役職・氏名 院長 × × × × ×



※公印が院長私印の場合は、その旨を記載すること。

