

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	年	月	日			
呼吸療法認定士の認定を申請します。			申請者氏名				⑩			
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	歳		
フリガナ										
現住所*	〒 - 都道府県									
	※マンション・アパート名称、号室はこちらに記入すること。									
	携帯番号			TEL		FAX				
ヨミ(カナ)										
Email	@									
最終学歴	1. 大学 2. 短大・高专 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 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.	学会/講習会等名称					出席		年	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									
	□ ㊦・㊦ 年 月 日～㊦・㊦ 年 月 日(年 ヶ月)									
過去の状況*	□ ㊦・㊦ 年 月 日～㊦・㊦ 年 月 日(年 ヶ月)									
	□ ㊦・㊦ 年 月 日～㊦・㊦ 年 月 日(年 ヶ月)									
	※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							年	ヶ月	
現在の勤務先	フリガナ						所属			
	施設の名称									
	所在地	〒 - TEL (内線) FAX								
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 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・無職									
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)		
	第 1	第 2	第 3	第 4	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)					

第 24 回（2019 年）実務経験証明書

申請者氏名

現住所

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 年 月 日 免許登録番号 第 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 年 月 日 から 昭和 年 月 日 現在（ 年 ヶ月）
平成 年 月 日 まで

（主な従事業務）

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 年 月 日

施設（病院等）の名称

所在地

証明者（施設・病院長等）の役職・氏名

公印

※公印が院長私印の場合は、その旨を記載すること。

第 24 回講習会受講 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 1-28-34 本郷 MK ビル 2F
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 講習会受講 係

バーコード貼付欄
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 24 回認定講習会：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	-

【申請区分をチェックしてください。】

「a」初めて申請をする	【受講希望班】 希望順位を ABCD で全て記入すること。			
「b」過去に申請したが、その後の手続きをしていない（第 回 申請）	第 1	第 2	第 3	第 4
「c」再度受講を希望する（第 回 認定講習会受講済）				

【送付書類チェック：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。】

申請区分「a」	申請区分「b」または「c」
<input type="checkbox"/> ①認定審査申請書（様式 1） <input type="checkbox"/> ②実務経験証明書（様式 2） <input type="checkbox"/> ④医療資格を証する免許証のコピー（A4） <input type="checkbox"/> ⑤12.5 点を証する受講証・修了証等のコピー（A4） <input type="checkbox"/> ⑥顔写真付き本人確認書類のコピー（A4）	<input type="checkbox"/> ①認定審査申請書（様式 1） <input type="checkbox"/> ⑤12.5 点を証する受講証・修了証等のコピー（A4） <input type="checkbox"/> ⑥顔写真付き本人確認書類のコピー（A4） <input type="checkbox"/> ⑦審査結果通知書・受講票・受験票・写真票・試験結果通知書等のいずれかのコピー（A4）

この用紙を角形 2 号封筒（A4 サイズの書類が折らずに入る大きさ）の前面に貼ってください。