

事務担当の方へ

電子署名のご依頼

【透析業務経験年数証明書】



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



手順に沿って書類への電子署名をお願いいたします。

1. はじめに
2. 電子署名いただく書類について
3. 証明者・事務担当について
4. 電子署名までのながれ
5. その他

1. はじめに

この度、申請者さまが「透析技術認定士」認定講習会の受講申請を行うにあたり、「透析業務経験年数証明書」の提出が必要となりました。

「透析業務経験年数証明書」は、申請者さまがオンラインで入力した内容をもとに電子的に作成され、医療施設にて電子署名を頂くことで完成します。

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。

透析療法合同専門委員会事務局
公益財団法人医療機器センター研修事業部

2. 電子署名いただく書類について

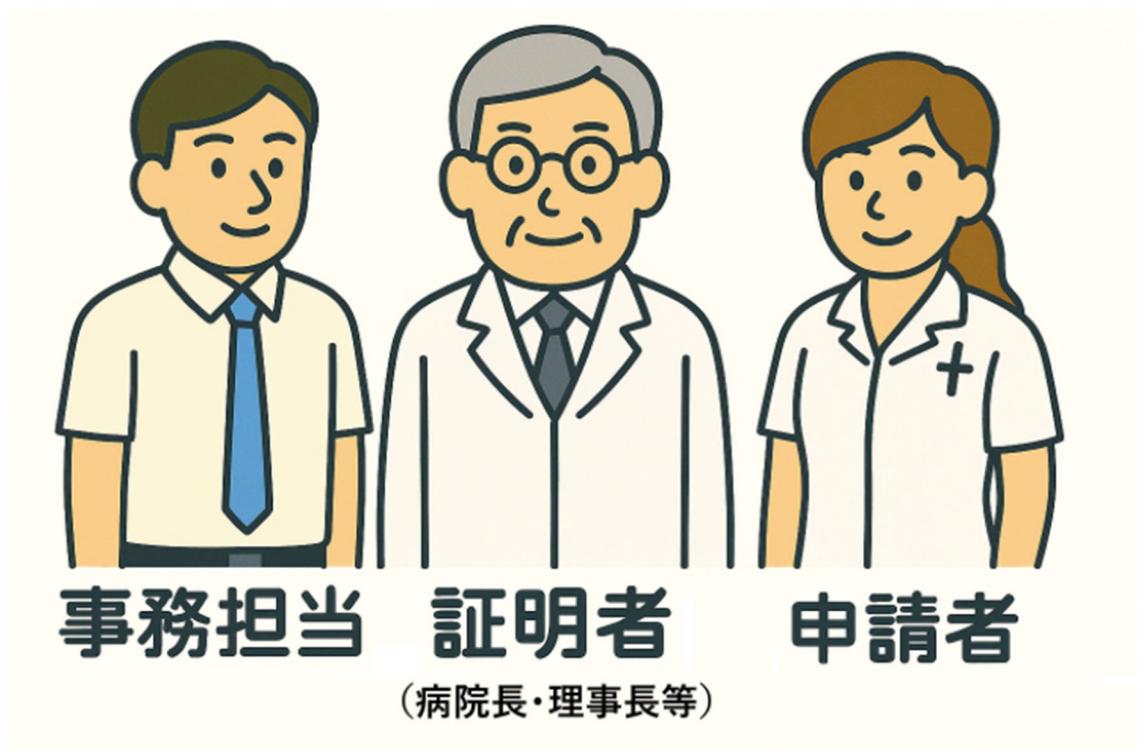
以下は電子署名いただく「透析業務経験年数証明書（サンプル）」です。
各項目は申請者さまにオンラインで入力していただきますので、申請者さまと事前にお打合せをお願いいたします。

第 47 回 透析技術認定士認定講習会・認定試験 透析業務経験年数証明書	
申請者	
フリガナ	_____
氏名	_____
生年月日	_____
医療資格	_____
免許登録日	_____
申請者の透析業務経験期間	
※免許登録日以降の勤務開始日から、記載日または退職日まで	

※上記期間のうち、休職等（30字以内）	

業務経験年月（*1） _____	
上記のとおり、本施設への在職と透析療法業務に従事していたこと証明します。	
施設（病院等）名称	_____
住所	_____
証明者（*1）役職	_____
氏名	_____
事務担当（*2）部署	_____
氏名	_____
Email	_____
注意事項	
※1 理事長、病院長、施設長、人事部長等、人事権限を持つ方に限りません	
※2 本証明書発行に係る実務担当者・問合せ先	

3. 証明者・事務担当について



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。

申請者：「透析技術認定士」認定講習会の受講希望者

証明者：書類上の責任者を記載します

理事長、病院長、人事部長等、人事権権を持つ方に限ります

事務担当：電子署名の実務担当・問合せ先となる方を充ててください

4. 電子署名までのながれ

① 書類の記載内容について打合せ

事務担当の方は、申請者さまの業務状況をご確認の上、書類に記載して頂きたい内容を、申請者さまにお伝えください。

【透析業務経験年数に係る注意事項】

- ・医療機関でのフルタイムの透析業務期間（免許登録日以降）について、経験年数に算入できます。
- ・医療機器メーカー等での勤務は認められません。

事務担当 申請者



② オンラインで書類を作成

事務担当の方から頂いた内容を元に、申請者さまがオンラインで書類を作成します。

申請者



※事務局にて審査を行いますので、次のステップまで1週間ほどお待ちいただくことがあります。

③ 電子署名 事務担当の方宛にメールが届きます。

公益財団法人医療機器センター 様より透析業務経験年数証明書への署名依頼が届いています

電子印鑑GMOサイン <noreply@gmosign.com>
宛先 ○ 透析 送信用
署名者 noreply@gmosign.com

返信 全員に返信 転送

2025/09/09 (火) 15:45

電子印鑑なら
GMOサイン

医療法人△△会 △△病院
総務部長 透析 三郎様

公益財団法人医療機器センター 透析療法合同専門委員会事務局様より
署名依頼が届いております。
文書を確認するボタンより、電子署名を行ってください。

文書を確認する

封筒: 透析業務経験年数証明書
文書:
・透析業務経験年数証明書

「文書を確認する」を押してください。

透析業務経験年数証明書

文書 1 (1/1)
透析業務経験年数証明書

チェックリスト 1
不可視署名 1

必須項目: 1/1 **完了する**

第47回 透析技術認定士認定講習会・認定試験
透析業務経験年数証明書

証明対象者
みりがな トクセキ 三郎
氏名 透析 三郎
生年月日 1998.03.01
医療資格 臨床工学士
免許取得日 2020.01.01

証明対象者の透析業務経験期間
※免許取得日以降の勤務開始日から、記載日または記載日まで
2021.03.01 - 2021.12.31
※上記期間のうち、保続等
前受雇のため令和2年2月1日 - 令和3年3月31日まで保続
業務経験年数(*1) 0年10ヶ月

上記のとおり、本施設への在職と透析療法業務に従事していたことを証明します。

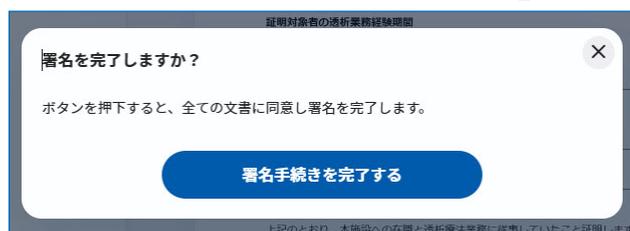
施設(病院等) 名称 医療法人△△会 △△病院
住所 東京都文京区○○○3-3-3

証明者(*1) 役職 総務部長
氏名 透析 三郎

事務担当者(*2) 部署 総務部長 氏名 透析 三郎
Email touzoku_m@jaame.or.jp

注意事項
※1 理事長、副理事長、施設長、施設副長、人事部長等、人事権限を持つ方に限ります
※2 本証明書の発行に係る業務担当者、問合せ先

記載内容を確認の上「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。

手続きが完了しました

署名完了のお知らせメールをお送りします。お知らせメールより、署名が完了した文書をご確認いただけます。

署名した文書を保管できます
GMOサインアカウントを登録すると、署名した文書をGMOサインで保管できます。



文書への電子署名
を依頼する



全ての文書を電子
で保存・管理



アプリでどこでも
署名可能

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。

5. その他

過去に「透析技術認定士」認定講習会の受講歴が確認できた申請者の場合は、電子署名依頼を省略させていただくことがあります。

第 47 回 透析技術認定士認定講習会・認定試験
透析業務経験年数証明書

申請者

フリガナ _____

氏 名 _____

生 年 月 日 _____

医 療 資 格 _____

免 許 登 録 日 _____

申請者の透析業務経験期間

※免許登録日以降の勤務開始日から、記載日または退職日まで

※上記期間のうち、休職等（30字以内）

業務経験年月(*1) _____

上記のとおり、本施設への在職と透析療法業務に従事していたこと証明します。

施設（病院等） 名 称 _____

住 所 _____

証 明 者(*1) 役 職 _____

氏 名 _____

事務担当(*2) 部 署 _____

氏 名 _____

Email _____

注意事項

※1 理事長、病院長、施設長、人事部長等、人事権限を持つ方に限りませ

※2 本証明書発行に係る実務担当者・問合せ先



公益財団法人

医療機器センター

Japan Association for the Advancement of Medical Equipment
JAAME