

# 人工心臓管理技術認定士(小児体外式) 認定試験受験申請書

写  
真

3cm×3cm

受験番号 \_\_\_\_\_

フリガナ				生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日生	
氏名									
現住所 電話	〒 _____								
勤務先 所属 所在地 電話	〒 _____								
連絡先	自宅			勤務先					(いずれかを○で囲むこと)
所属研究会・学会の会員番号	日本臨床補助人工心臓研究会	個人会員 会員番号		施設会員の場合 は○印を記載					
	日本胸部外科学会	会員番号							
	日本心臓血管外科学会	会員番号							
	日本体外循環技術医学会	会員番号							
	日本人工臓器学会	会員番号	071	-	-	(3桁)	(4桁)		
受験資格	心臓血管外科専門医認定機構認定修練施設(関連施設含)において ① 医師(心臓血管麻酔専門医・心臓血管外科専門医) 経験 1年以上 ( ) ② 医師 経験 3年以上 ( ) ③ 臨床工学技士 経験 3年以上 ( ) ④ 看護師 経験 3年以上 ( )								
体外循環技術認定士 認定証認定番号	認定番号(第)			-	号 ※1				
前回資格更新年	年			回目					
経歴	年 月より 年 ヶ月間 補助人工心臓治療( 症例)に従事、現在に至る。 上記の通り証明いたします。 平成 年 月 日 病院名 _____ 施設責任者もしくは当該部門長 _____ (印) (自署してください)								
認定試験を受験致したく申請致します。 平成 年 月 日 氏名 _____ (印) (自署してください)									
備考欄※2									
※1 前回更新時の認定証登録番号を記入してください。				※2 事務局記入					