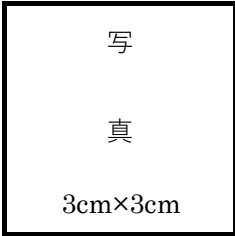


# 体外循環技術認定士認定試験受験申請書



受験番号 \_\_\_\_\_

オンライン受験 1次登録番号	01-		←申請書提出前に必ずオンラインより 登録し、登録番号を記載すること	第37回教育セミナー 受講予定 受講しない (丸印をつけること)
フリガナ				生 年 月 日
氏名				西暦 年 月 日生
本籍			自宅現住所 電話	〒 _____
勤務先 所属 所在地 電話	〒 _____			
連絡用アドレス	E-mail : _____ @ _____			
日本体外循環 技術医学会	会員番号			
	入会年月日(西暦)	年 月 日		
日本人工 臓器学会	会員番号	071 - - (3桁) (4桁)		
	入会年月日(西暦)	年 月 日		
受験資格(学・協会認定含む) 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 資格所有者 経験 3年以上 ( ) ④ 看護師 資格所有者 経験 3年以上 ( ) ⑤ 准看護師資格所有者 (高校卒業) 経験 4年以上 ( ) ⑥ 准看護師資格所有者 (中学卒業) 経験 5年以上 ( )				
経験歴 _____ 年 _____ 月より _____ 年 _____ ヶ月間 体外循環に従事、現在に至る。 上記の通り証明いたします。 _____ 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。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 (印) (自署してください)				