

人工心臓管理技術認定士 認定試験受験申請書

写
真

3cm×3cm

受験番号 _____

オンライン受験 1次登録番号	19-	<small>←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</small>	第35回教育セミナー 受講予定 受講しない <small>(丸印をつけること)</small>	
フリガナ			生 年 月 日	西曆 年 月 日生
氏 名				
現住所	〒 _____			
電 話	_____ - _____			
勤務先 所 属 所在地	〒 _____			
電 話	_____ - _____			
連絡用アドレス	E-mail: _____ @ _____			
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（括弧内に○印） （※資格により試験問題が異なるため、複数の資格を有している場合には、受験を希望する方に◎を記載すること） 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 ()			
経 験 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				
※2 事務局記入				