

# 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 \_\_\_\_\_

|   |  |   |                  |                     |       |
|---|--|---|------------------|---------------------|-------|
| オンライン受験<br>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<br>年<br>月<br>日 | 西暦 年 月 日生           |       |
| 氏名  |  |   |                  |                     |       |
| 現住所   | 〒 _____  |   |                  |                     |       |
| 電話  | _____ - _____  |   |                  |                     |       |
| 勤務先<br>所属<br>所在地                                      | 〒 _____  |   |                  |                     |       |
| 電話  | _____ - _____  |   |                  |                     |       |
| 連絡用アドレス   | E-mail: _____ @ _____  |   |                  |                     |       |
| 所属研究会・学会の<br>会員番号                                     | 日本臨床補助<br>人工心臓研究会  | 個人会員<br>会員番号                                    |                  | 施設会員の場合<br>は○印を記載   |       |
|   | 日本胸部<br>外科学会   | 会員番号  |                  |                     |       |
|   | 日本心臓血管<br>外科学会   | 会員番号  |                  |                     |       |
|   | 日本体外循環<br>技術医学会  | 会員番号  |                  |                     |       |
|   | 日本人工<br>臓器学会   | 会員番号  | 071              | -                   | -     |
|   |  | <small>(3桁)</small>                             |                  | <small>(4桁)</small> |       |
| 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）<br>（※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。<br>上記の通り証明いたします。<br>平成 年 月 日<br>病院名 _____<br>施設責任者もしくは当該部門長 _____ (印)<br><small>(自署してください)</small> |   |                  |                     |       |
| 認定試験を受験致したく申請致します。                                    |  |   |                  |                     |       |
| 平成 年 月 日<br>氏名 _____ (印)<br><small>(自署してください)</small> |  |   |                  |                     |       |
| 備考欄※2   |  |   |                  |                     |       |
| ※2 事務局記入  |  |   |                  |                     |       |