

大阪府臨床工学技士会 正会員入会申込用紙

ふりがな

氏名

生年月日 昭和 年 月 日 性別 男・女

自宅郵便番号 (〒 -)

自宅住所 ()

自宅TEL (- -)

自宅FAX (- -)

E-mail address ()

臨床工学技士免許番号 () ←※必ずご記入下さい

(社)日本臨床工学技士会会員番号 ()

勤務先 ()

所属部署 ()

勤務先郵便番号 (〒 -)

勤務先住所 ()

勤務先TEL (- -) 内線番号 ()

勤務先FAX (- -)

連絡先 自宅・職場 ※郵便物送付先やその他連絡先を意味します。必ずどちらかに○して下さい。

主な専門分野：
代謝（血液浄化）循環 呼吸 ICU 手術室
保守（ME室）教育 業者 その他（該当するものにチェックを）既取得医療資格：
看護師 准看護師 臨床検査技師 薬剤師 診療放射線技師
救急救命士
3学会合同呼吸療法認定士 透析技術認定士 体外循環技術認定士
臨床高気圧治療技師 ME専門認定士 医療情報技師
第1種ME技術実力検定試験 第2種ME技術実力検定試験
（該当するものにチェックを）

コメント欄 ご意見等ございましたらお書き下さい。

送付先； 〒565-0871 吹田市山田丘2番15号

国立大学法人大阪大学医学部附属病院MEサービス部内 大阪府臨床工学技士会事務局 楠本

TEL:06-6879-5095 FAX:06-6879-5098