



公益社団法人 日本臨床工学技士会
一般社団法人 兵庫県臨床工学技士会 新規入会のご案内

平素は当技士会活動に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。兵庫県臨床工学技士会は会員数 650 名以上が在籍する、良質でより安全な医療を提供するための職能団体です。

当技士会では臨床工学技士の学術技能の向上、職業倫理の高揚および資質の向上、生命維持管理装置をはじめとする医療機器に支えられた福祉・医療の信頼性向上など、地域の福祉・医療の発展に寄与することを目的とした様々な企画を準備して、皆様のご参加をお待ちしています。

入会希望の方は、兵庫県臨床工学技士会ホームページ(<http://hce.umin.jp/>)の入会案内ページより、入会申込用紙をプリントアウトし必要事項をご記入いただき、下記事務局までご郵送下さい。

入会金および年会費は、口座振替のお手続き完了後に、口座からの引落となります。

ご不明な点がございましたら、下記事務局までご連絡下さい。

ぜひ、皆様にも当技士会活動を盛り上げていただきたく、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

一般社団法人

兵庫県臨床工学技士会 入会金 & 年会費

入会資格	: 臨床工学技士免許を有するもの
入会金	: ¥2,000
年会費	: ¥5,000
計	¥7,000

※ 日本臨床工学技士会への入会は、
上記金額に別途 ¥15,000 が必要となります。

(社)兵庫県臨床工学技士会 事務局

兵庫医科大学病院

急性医療総合センター 臨床工学室内

〒663-8501 西宮市武庫川町1-1

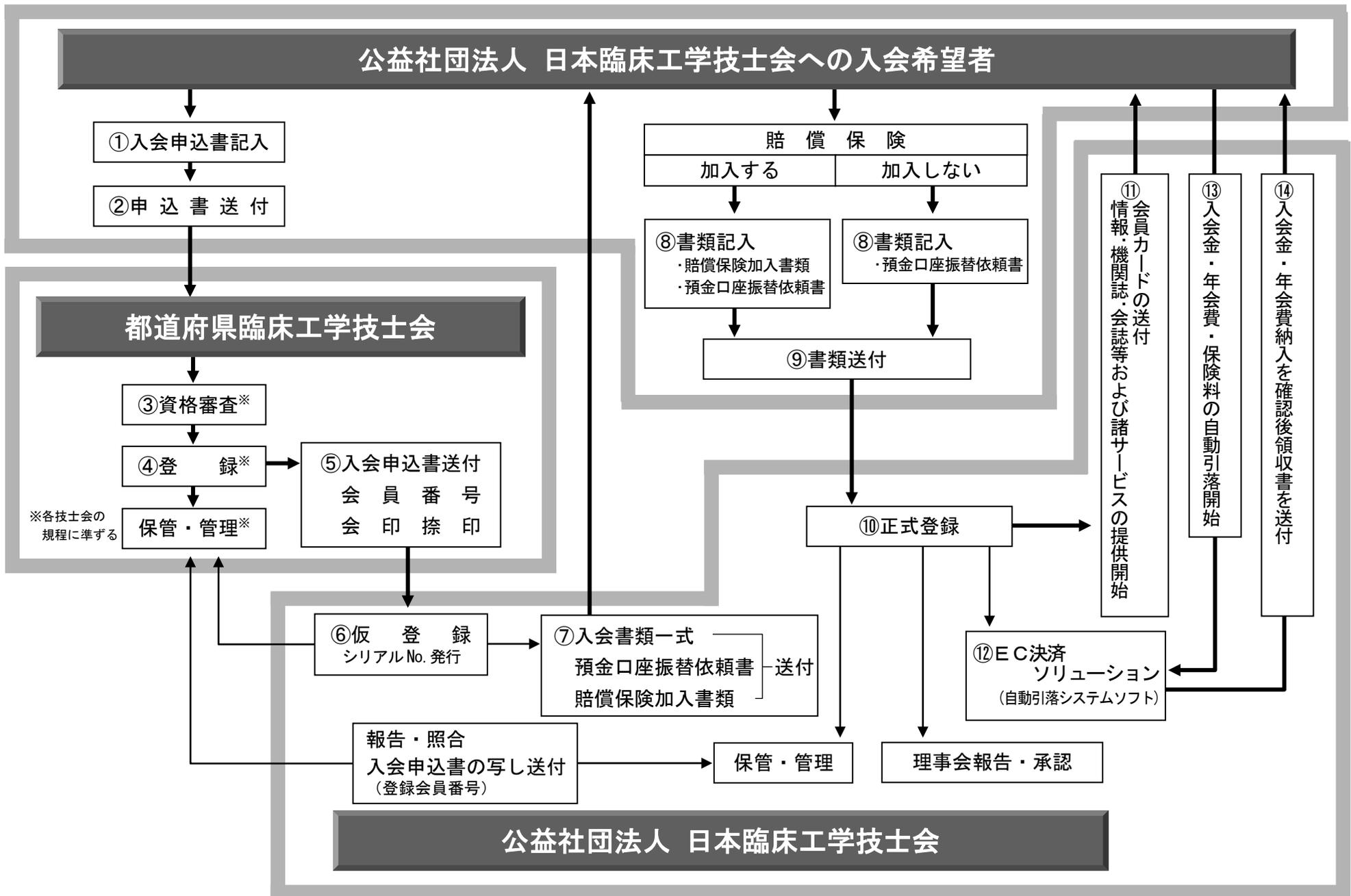
TEL 0798-45-5292 Fax 0798-45-5296

e-mail hce-office@umin.ac.jp

HP <http://hce.umin.jp/>

公益社団法人 日本臨床工学技士会 正会員入会手順チャート

平成27年2月



公益社団法人 日本臨床工学技士会 入会申込書記入・届出要領

入会までの流れは「公益社団法人 日本臨床工学技士会正会員入会手順チャート」の通りです。
入会申込書の記入・届出にあたっては本記入要領を参照にしてください。

記入要領

公益社団法人 日本臨床工学技士会入会申込書 都道府県 臨床工学技士会入会申込書

私は、貴会の目的に賛同し平成 **㉠** 年度からの入会を申込みます。

入会申込者記入欄		申込年月日 平成 年 月 日 ㉡
氏名 フリガナ <input type="text"/>	性別 男・女	臨床工学技士免許番号 第 号
年 月 日生 <input type="text"/>	年 月 日生 <input type="text"/>	
現住所(居住地) フリガナ <input type="text"/>	FAX: <input type="text"/>	Eメールアドレス <input type="text"/>
〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	所属部署 <input type="text"/>	
勤務先名 フリガナ <input type="text"/>	電話番号 (<input type="text"/>)	FAX: <input type="text"/>
勤務先住所 フリガナ <input type="text"/>	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
主な専門分野 ㉢ 循環・代謝・呼吸・ICU・手術室・ME室・薬業・教育 その他 (<input type="text"/>)	経験年月数 ㉣ 年 月	
既取得医療関係資格等 ㉤ 臨床衛生検査技師・看護師・診療放射線療法師・救急救命士・3学会合同呼吸療法認定士・透析技術認定士・ 臨床衛生検査技師・看護師・診療放射線療法師・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・臨床高気圧酸素治療技師・第2種ME技術実力検定試験・第1種ME技術実力検定試験・ その他 (<input type="text"/>)		
郵送物指定送付先 自宅・勤務先	最終学歴 大学・短大・専門学校・高校	

都道府県臨床工学技士会記入欄

都・道 府・県	臨床工学技士会 ㉦	受付年月日 登録年月日	会員番号
------------	------------------	----------------	------

公益社団法人 日本臨床工学技士会記入欄

公益社団法人 日本臨床工学技士会 ㉧	受付入力年月日 登録年月日	会員番号
---------------------------	------------------	------

お問い合わせ先
公益社団法人 日本臨床工学技士会
〒113-0034 東京都文京区湯島1丁目3-4
KTお茶の水聖橋ビル5F
TEL:03(5805)2515 FAX:03(5805)2516

平成27年2月

- ㉠** 入会希望年度を記入してください。
尚、12月1日以降に入会申込書を送られる方は、当年度入会もしくは次年度入会のどちらかを選択できます。但し、4月1日以降11月30日迄に入会申込書が届いた方は当該年度からのみの入会となります。
- ㉡** 各都道府県臨床工学技士会へ本申込書を提出した日付を記入してください。
- ㉢** 下記の中から該当するものに○印をつけてください。
- ㉣** 臨床工学技士としての経験年月数を記入してください。
- ㉤** 臨床工学技士以外の医療関係職種の資格等を取得している場合、下記の中から選んで○印をつけてください。
- ㉦** 入会申込者は上記枠内を記入後、各都道府県臨床工学技士会へ提出してください。



各都道府県臨床工学技士会殿は、捺印の上、貴会会員番号を記入し公益社団法人 日本臨床工学技士会に郵送してください。

公益社団法人 日本臨床工学技士会 一般社団法人 兵庫県臨床工学技士会 入会申込書

私は、貴会の目的に賛同し平成 _____ 年度からの入会を申込みます。

入会申込者記入欄

申込年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 フリガナ ⑩	生年月日 年 月 日生	性別 男 ・ 女
臨床工学技士免許番号 第 _____ 号		
現住所(居住地) フリガナ 〒□□□-□□□□	電話番号 () — FAX :	
勤務先名 フリガナ	Eメールアドレス	
所属部署		
勤務先住所 フリガナ 〒□□□-□□□□	電話番号 () — FAX :	
主な専門分野 循環 ・ 代謝 ・ 呼吸 ・ ICU ・ 手術室 ・ ME室 ・ 業者 ・ 教育 その他 ()	経験年月数 年 月	
既取得医療関係資格等 臨床衛生検査技師 ・ 看護師 ・ 診療放射線療法師 ・ 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 ・ 臨床高気圧酸素治療技師 ・ 第2種ME技術実力検定試験 ・ 第1種ME技術実力検定試験 ・ その他 ()		
郵送物指定送付先 自 宅 ・ 勤 務 先	最終学歴 大 学 ・ 短 大 ・ 専 門 学 校 ・ 高 校	



都道府県臨床工学技士会記入欄

一般社団法人 兵庫県 臨床工学技士会 ⑩	受 付 年 月 日	会員番号
	登 録 年 月 日	



公益社団法人 日本臨床工学技士会記入欄

公益社団法人 日本臨床工学技士会 ⑩	受付入力年月日	会員番号
	登録年月日	

平成24年4月

お問い合わせ先

公益社団法人 日本臨床工学技士会

〒113-0034

東京都文京区湯島1丁目3-4

KTお茶の水聖橋ビル5F

TEL:03(5805)2515 FAX:03(5805)2516