

受付番号	*記入しないこと。																	
フリガナ	ヨ	シ	タ	・						ハ	ナ	コ						
氏 名(※1)	氏 吉 田									名 花 子								
性 別	1. 男		2. 女		生年月日		昭和 平成		56 年 1 月 15 日生			年 齢		36 歳				
本 籍 地 (※1) (外国国籍)	東 京 都道 (都道府県名のみ記入すること。) 府 県																	
現 住 所 *各種通知の 送付先となります。	〒000 - 0000 東京 都道 〇〇区〇〇1-2-3 府 県																	
	マンション・アパート名からはこちらに記入すること。 〇〇マンション 103 号室																	
	TEL 03-3000-0000 FAX 03-3000-0000																	
	携帯電話 080-0000-0000																	
ヨミ(カナ)	ゼロアンダーバードットイチニサンシ																	
E-mail (※2)	0_.1234@yahoo.co.jp																	
現在の勤務先	フリガナ	マルマルマルカイ マルマルマルキネンビョウイン																
	施設の名称	医療法人〇〇〇会 〇〇〇記念病院																
	所 属	4 階西病棟																
	所 在 地	〒000 - 0000 東京 都道 〇〇区〇〇4-5-6 府 県 TEL 03-3000-0000 (内線 340) FAX 03-3000-△△△△																
最終卒業校	① 大学 2. 短期大学 3. 専門学校 4. 高校 5. 中学																	
資 格	※複数の資格を所有している場合でも今回の受講・受験資格となるものを 1 つ選ぶこと。 1. 臨床工学技士 ② 看護師 3. 准看護師																	
透析業務経験 通算年数	※上記で選んだ医療資格の免許取得日から現在までの透析業務経験通算年数を記入すること。 11 年 7 ヶ月																	
受講済み 講習会	① 第 38 回受講済み 2. 第 37 回受講済み 3. 第 36 回受講済み																	
受験回数	1. 初回 ② 再受験 (第 38 回 認定試験受験済)																	

(※1) 添付する医療資格免許証と氏名または本籍地が違う場合は、戸籍抄本の提出が必要になります。

[39 免] ※

(※2) お申し込みの際は必須となります。(携帯・パソコンどちらでも可)