**一般社団法人日本アフェレシス学会**

**認定技士認定申請書**

ふりがな

氏名　　　　　　　　　　性別　男・女　生年月日 　 　 年　 月　 日

□所　属

所属英字標記

　職種　□臨床工学技士　□看護師（士）□准看護師（士）□その他

　所属住所　〠

　所属住所英字標記

　TEL:　　 　(　　 　)　　　　 　FAX:　　 　(　　 　)

E-mail

□現住所　　〠

　TEL:　　 　(　　 　)　　　　 　FAX:　　　 (　　　 )

＊連絡先として希望する方、また職種の該当する□内に∨(ﾁｪｯｸ)をしてください

略歴（最終学歴および職歴を記入してください）

免許番号：　　　　　　　　　　　　　　 （コピーを添付してください）

他の所属学会

添付資料１.　　　　　アフェレシス治療経験

申請者氏名

過去5年間の治療歴（疾患とその患者数など　5症例以上）

1 　　［疾患名］

　　 ［治療法］

　　［症例数］　　　　　　　例

2 　　［疾患名］

　　 ［治療法］

　　［症例数］　　　　　　　例

3 　　［疾患名］

　　 ［治療法］

　　［症例数］　　　　　　　例

4 　　［疾患名］

　　 ［治療法］

　　［症例数］　　　　　　　例

5 　　［疾患名］

　　 ［治療法］

　　［症例数］　　　　　　　例

添付資料２．　　　　アフェレシス学会の参加

申請者氏名

アフェレシス学会学術大会、または地方会においての技術講習会の参加について、過去５年間に１つ以上３つまで記入してください。

１．

２．

３．

（修了証のコピーを添付してください）