

記入例

様式1	整理番号	※	記入しないこと。
第23回（2018年）呼吸療法認定士認定審査申請書			
申請日 平成30年 3月 23日			
3学会合同呼吸療法認定士認定委員会 殿			
申請者氏名 山田 花子			
呼吸療法認定士の認定を申請します。			
フリガナ	ヤマダ ハナコ	性別	生年月日 年齢
氏名	山田 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 昭和63年10月15日生 29歳
フリガナ			
現住所	〒000-0000 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇マンション103号室 TEL 03-3000-0000 FAX 03-3000-0000		
最終学歴	(学校名) 本郷〇〇看護専門学校第1看護学科 平成23年 3月卒業		
資格(免許)	<input type="checkbox"/> 臨床工学技士免許 年 月 日取得 免許登録番号 第 号 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師免許 平成23年 4月 28日 取得 免許登録番号 第〇〇〇〇〇〇号 <input type="checkbox"/> 准看護師免許 年 月 日取得 免許登録番号 第 号 <input type="checkbox"/> 理学療法士免許 年 月 日取得 免許登録番号 第 号 <input type="checkbox"/> 作業療法士免許 年 月 日取得 免許登録番号 第 号 <small>※所有する資格全てを記入すること。また、今回の受講・受験資格に<input checked="" type="checkbox"/>を付けること。</small>		
顔写真付き本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 社員証または学生証 <input checked="" type="checkbox"/> 写真付き住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード		
主要職歴	期間		施設の名称
	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="radio"/> 昭和(平成)23年4月28日～ <input checked="" type="radio"/> 昭和(平成)30年3月22日(6年10ヶ月)		医療法人〇〇会 〇〇記念病院
	<input type="checkbox"/> 昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日(年ヶ月)		
<small>※実務経験証明書の提出のある者は交付を受けた施設に<input checked="" type="checkbox"/>を付けること。交付を受けた施設は必ず記入すること。</small>			
過去の状況	<small>※申請区分がb、cの場合(実務経験証明書の提出が不要の場合)は、過去の受講又は受験状況等(下記)に記入すること。初めて申請をする者はこの欄の記入は不要。 講習会: 第____回 認定講習会を(受講した・欠席した) 受講番号 _____ 試験: 第____回 認定試験を(受験した・欠席した) 受験番号 _____ その他: ()</small>		
現在の勤務先	施設の名称	〇〇〇記念病院	所属 4階西病棟
	所在地	〒000-0000 東京都〇〇区〇〇4-5-6 TEL 03-3000-0000 (内線 340) FAX 03-3000-ΔΔΔΔ	
[23受] ※			

本人印は必ず押すこと。
(シャチハタ不可)

現住所は各種通知の送付先となるので、
〇〇様方、〇〇マンション〇〇号室まで
記入すること。

和暦で記入すること。

複数の免許を所有している場合は全て
記入した上で、今回の受講・受験資格と
なるいずれかの資格にを付すこと。

同封する本人確認書類にを付すこと。

実務経験証明書を提出する、提出しない
に関わらず、また、現在休職(無職)中
の場合でも、実務経験として必要な年数
を示す職歴を記入すること。書ききれない
場合は、直近の職歴を記入すること。
**実務経験証明書を提出する場合は証明
を受けた施設(期間)にを付すこと。**

※初めて申請をする場合はこの欄は記入不要
過去に申請をした場合は、過去における
講習会または試験の状況を必ず記入する
こと。

施設の名称は医療法人〇〇会など正式
な名称を記入し、所属欄は〇〇科、〇〇
病棟等も記載すること。
現在、無職や休職中の場合は施設の名称
欄にその旨記入すること。
(例: 無職、現在休職中)

記入例 A：現在勤務している医療施設で証明してもらう場合

※〇〇年の記載方法は、和暦で統一すること。

様式 2

第 23 回（2018 年）実務経験証明書

申請者氏名 ○○ ○○○

現住所 東京都○○区○○1-2-3

生年月日 昭和 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日生

（以下訂正する場合は、申請者の印鑑は認めない。必ず証明者印で訂正のこと。）

上記の者が、本施設において

（実務経験期間）

※ 入職後に免許登録した場合は免許登録日が証明期間の最初の日であること。

昭和 23 年 4 月 28 日 から 昭和 30 年 3 月 22 日 現在 まで （ 6 年 10 ヶ月）
（免許登録日 昭和 23 年 4 月 28 日） ← 4 月 1 日付で就職していても、免許登録日が 4 月 28 日の場合、経験期間は免許登録日からとなります。

（主な従事業務）

リハビリテーション室にて機能訓練業務

（職種）

※該当職種に☑を付けて下さい。

臨床工学技士 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士

として、従事（実務経験）して いる ことを証明します。
いた

証明日 平成 30 年 3 月 23 日 ← 申請日以前の日

施設（病院等）の名称

医療法人○○○会
○○○記念病院

所在地

東京都○○区○○3-2-1

証明者（施設・病院長等）の役職・氏名

院長 ○○ ○○○



記入例 B：現在勤務している医療施設で休職期間がある場合

※〇〇年の記載方法は、和暦で統一すること。

様式 2

第 23 回（2018 年）実務経験証明書

申請者氏名 ×× ×××

現住所 東京都××区××4-5-6

生年月日 昭和××年×月××日生

(以下訂正する場合は、申請者の印鑑は認めない。必ず証明者印で訂正のこと。)

上記の者が、本施設において

(実務経験期間)

※ 入職後に免許登録した場合は免許登録日が証明期間の最初の日であること。

昭和11年3月1日から昭和30年3月22日まで (現在) (17年4ヶ月)

(免許登録日 昭和7年4月16日)

休職期間

平成11年5月1日～平成12年4月30日 (1年間)
平成14年8月1日～平成15年3月31日 (8ヶ月) ←

通算19年0ヶ月のうち、休職期間がある場合は併記して通算年数から差し引くこと。

(主な従事業務)

主に手術部にて看護業務

(職種)

※該当職種に☑を付けて下さい。

臨床工学技士 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士

として、従事（実務経験）して いる ことを証明します。
いた

証明日 平成30年3月23日 ← 申請日以前の日

施設(病院等)の名称

××医科大学附属病院

所在地

東京都××区〇〇6-5-4

証明者(施設・病院長等)の役職・氏名

院長 ×× ×××



※院長私印が公印の場合その旨を記載すること

[23 受] ※

記入例 C : すでに退職している医療施設で証明してもらう場合

※〇〇年の記載方法は、和暦で統一すること。

様式 2

第 23 回 (2018 年) 実務経験証明書

申請者氏名 △△ △△△

現住所 東京都△△区△△4-5-6

生年月日 昭和 △△ 年△月△△日生

(以下訂正する場合は、申請者の印鑑は認めない。必ず証明者印で訂正のこと。)

上記の者が、本施設において

(実務経験期間)

※ 入職後に免許登録した場合は免許登録日が証明期間の最初の日であること。

昭和 10 年 4 月 16 日 から 昭和 14 年 3 月 31 日 現在 (3 年 11 ヶ月)
(免許登録日 昭和 9 年 4 月 20 日) まで

(主な従事業務)

訪問看護業務 (在宅酸素療法患者の訪問看護)

(職種)

※該当職種に☑を付けて下さい。

臨床工学技士 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士

として、従事 (実務経験) して いる ことを証明します。
いた

証明日 平成 30 年 3 月 10 日 ← 書類作成日

施設 (病院等) の名称

訪問看護ステーション△△△

所在地

東京都△△区△△9-8-7

証明者 (施設・病院長等) の役職・氏名

所長 鈴木 △△△
所長の私印を公印として使用。

