

学会認定・自己血輸血看護師 認定更新申請書

申請日 (西暦)	年 9 月 20 日	
フリガナ	姓 テイヤ	名 ハコ
申請者氏名	帝京	花子
生年月日 (西暦)	1972年 5 月 19 日 (43 歳)	性別 : 男・ 女

認定番号

認定番号 :

登録日 (西暦) 年 4 月 1 日

勤務先	施設名 : 医療法人 会 病院	部署名 : 看護部 (病棟・看護師)
	住所 : 〒 - 東京都 区 2-15-4	
	TEL : 03 - - (内線 : または直通)	Fax : 03 - -
自宅	住所 : 〒 - 東京都 区 町2-29-5 レジデンス 2号	
	電話 : 03 - -	Fax : 03 - -
	携帯電話 : 090 - -	
E-mail :	PC : _____@_____.ne.jp	
	携帯 : _____@_____.ne.jp	
認定証希望 送付先	勤務先	自宅

申請時の学会入会状態 (会員番号不要)	入会	
日本自己血輸血学会	あり	なし
日本輸血・細胞治療学会	あり	なし

注意

- 携帯メールは「PCからのメールを受信できる」ことを携帯ショップで確認したものに
限る。
- 性別や入会状態などの選択項目は以下の4つの方法のいずれかで行うこと。
 - 1) いずれかに を入力 (「まる」 を入力し文字変換)
 - 2) いずれかを で囲む
 - 3) 該当しないものを削除する
 - 4) 該当しないものに二重取り消し線をつける