

6ヶ月以内の
顔写真(横3cm×
縦4cm)を枠内
に貼付

学会認定・自己血輸血看護師認定試験 受験申請書

申請日：平成 年 月 日

	姓	名	
	フリガナ		
	申請者氏名		印
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別 男・女

自宅	住所 〒		
	電話：	Fax：	
	携帯電話：		
	E-mail：		
勤務先	施設名	部署名	
	住所 〒		
	TEL：	(内線： ・直通)	Fax：
	E-mail：		

看護師免許	取得日 昭和・平成 年 月 日	登録番号
-------	--------------------	------

卒業看護学校(または 短大、4年生大学)	卒業年月日 昭和・平成 年 月	卒業学校名
-------------------------	--------------------	-------

准看護師免許取得後に看護師免許を取得した場合のみ記載(受験申請の案内の「申請者の条件」を参照のこと)。

准看護師免許	取得日 昭和・平成 年 月 日	登録番号
--------	--------------------	------

准看護師免許取得 時の卒業看護学校	卒業年月日 昭和・平成 年 月	卒業学校名
----------------------	--------------------	-------

職歴：看護師免許取得後の職歴(准看護師免許取得後の職歴含む)を6個以内記入すること。看護助手の職歴は記載しないこと。

年	月から	年	月まで	期間	施設名	部署名
昭和 平成		昭和 平成		年 か月		
昭和 平成		昭和 平成		年 か月		
昭和 平成		昭和 平成		年 か月		
昭和 平成		昭和 平成		年 か月		
昭和 平成		昭和 平成		年 か月		
昭和 平成		昭和 平成		年 か月		

看護師(准看護師経験含む)としての臨床経験年数	所属施設の年間自己血輸血実施症例数	申請者の自己血輸血業務経験年数(通算)	自己血輸血実施症例数(通算)
年 か月	例	年 か月	例

学会会員歴	入会年月	通算会員歴
日本自己血輸血学会	昭和・平成 年 月	年 か月
日本輸血・細胞治療学会	昭和・平成 年 月	年 か月

(入会年は記載すること。入会月が不明な場合や不確実な場合には記載する必要がない。)