

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 22 年 6 月 〇〇 日

	姓	名	
フリガナ	テイヤウ	ハコ	
申請者氏名	帝京	花子	印 帝京
生年月日	昭和・平成 47 年 5 月 19 日	性別	男 女

自宅	住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町2-29-5 〇〇レジデンス302号
	電話： 03-〇〇〇-〇〇〇〇 Fax：なし
	携帯電話：090-〇〇〇-〇〇〇〇
	E-mail：〇〇@〇〇〇〇.or.jp
勤務先	施設名 医療法人 〇〇会 〇〇〇〇病院 部署名 看護部 (〇〇病棟・看護師長)
	住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇2-15-4
	TEL：03-〇〇〇-〇〇〇〇 (内線)：〇〇〇〇・直通 Fax：03-〇〇〇-〇〇〇〇
	E-mail：〇〇@〇〇〇〇.or.jp

看護師免許	取得日	登録番号
	昭和・平成 6 年 6 月 6 日	〇〇〇〇〇〇

卒業看護学校(または短大、4年生大学)	卒業年月日	卒業学校名
	昭和・平成 6 年 3 月	〇〇大学附属高等看護学校

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	登録番号
	昭和・平成 4 年 4 月 4 日	〇〇〇〇〇

准看護師免許取得時の卒業看護学校	卒業年月日	卒業学校名
	昭和・平成 4 年 3 月	〇〇高校衛生看護科

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 6	4	昭和 平成 10	1	3年 9 か月	〇〇〇大学医学部附属病院	〇〇病棟 (外科病棟)
昭和 平成 10	2	昭和 平成 10	8	年 6 か月	都立〇〇病院	外科外来
昭和 平成 10	9	昭和 平成	現在	10年 6 か月	医療法人 〇〇会 〇〇〇〇病院	〇〇病棟 (混合科)
昭和 平成		昭和 平成		5年 8 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	自己血輸血実施症例数(通算)
15年 1 か月	30 例	8 年 4 か月	80 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 18 年 10 月	3 年 8 か月
日本輸血・細胞治療学会	昭和・平成 22 年 5 月	年 1 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。)