

認定臨床化学・免疫化学精度保証管理検査技師制度

第4回認定試験（平成29年度）実施要項

- I 期 日 : 平成29年12月2日（土）
- II 試験会場 : 東京工科大学 蒲田キャンパス 3号館6階 30618教室
〒144-8650 東京都大田区西蒲田 5-23-22
TEL 03-6424-2111（代）
募集定員 : 100名程度
- III 受験申請料 : 20,000円（審査料を含む）*受験申請料は一切返金しません。
- IV 登録料 : 5,000円 *合格発表後、指定の口座へ納入すること。
- V 受験資格 : 以下のすべてを満たす者
- 1) (一社)日本臨床衛生検査技師会の会員であること。
 - 2) (一社)日本臨床化学会の会員であること。
 - 3) 日臨技生涯教育研修制度を修了していること。（平成7～28年度修了者）
 - 4) 臨床化学・免疫化学の実務経験が通算5年以上あること。
 - 5) 日臨技もしくは臨床化学会主催の「認定指定講習会」を受講していること。
 - 6) 受験資格に必要な50単位を取得していること。

別表参照 認定臨床化学・免疫化学精度保証管理技師 受験の資格審査基準単位

VI 受験申請手順

- 1) 受験申請書類は、日臨技ホームページ「日臨技認定センター」よりダウンロードしてください。
- 2) 受験者は、受験申請書類「様式1～5」に必要事項を記入の上、必要書類を揃えて「日臨技認定センター」宛に郵送してください。
- 3) 受験申請書受付開始 : 平成29年 8月15日（火）
- 4) 受験申請書受付締切 : 平成29年11月15日（水）
- 5) 受験申請書類提出先 : 〒143-0016 東京都大田区大森北 4-10-7

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 日臨技認定センター宛

（注）封筒の表面に「認定臨床化学・免疫化学精度保証管理検査技師
第4回認定試験受験申請書在中」と朱記してください。

VII 申請時必要書類

- 1) 受験申請書・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (様式 1)
- 2) 経歴書・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (様式 2)
- 3) 日臨技生涯教育研修制度修了証書写貼付書・・・・・・ (様式 3)
- 4) 認定指定講習会参加、資格審査基準単位取得証明書・・ (様式 4)
- 5) 審査・受験料振込証明書写貼付書・・・・・・・・・・ (様式 5)
- 6) チェックリスト (申請者本人・資格審査委員兼用)・・ (様式 6)

VIII 試験日程：平成29年12月2日(土)

- 09:30 ～ 10:00 受付
10:00 ～ 10:10 オリエンテーション
10:15 ～ 12:15 筆記試験 (マークシート形式)

IX 試験問題

臨床化学・免疫化学精度保証管理検査技師制度カリキュラムの範囲より出題されます。

詳細は、日臨技ホームページ (<http://www.jamt.or.jp>) を参照してください。

テキストは下記の3つの資料を用います。また試験問題もこのテキストの内容から出題されます。

- 1) 勸告法総集編 (日本臨床化学会編)
- 2) 臨床検査精度保証教本 (日臨技)
- 3) 臨床検査学講座検査管理総論第4版 (医歯薬出版) (絶版)
臨床検査学講座検査総合管理学 (医歯薬出版) (発売中)

※ 3) について、検査管理総論第4版は絶版となりました。検査総合管理学と内容が重複するため、どちらか一方をご参考ください。

X 認定技師資格の認定期間について

認定資格の認定期間は、試験翌年度の4月1日から5年間となります。

(第4回認定は、平成30年4月1日より平成35年3月31日まで)

XI 認定技師の氏名公表について

この制度による認定技師は、日臨技、各支部、各県技師会活動において指導的な役割を担っていただくことを目的の一つとして認定していることから、特に申し出のない限り会報等に氏名を公表いたします。

XII 認定更新の要件 : 別に定める。

別表・認定臨床化学・免疫化学精度保証管理技師 受験の資格審査基準単位

原著論文・学会発表	筆頭・演者(単位)	共著・共同(単位)
臨床化学・免疫化学に関する原著論文	20	10
臨床化学・免疫化学に関するその他論文	10	5
精度保証に関する学会発表(抄録記載のあるもの)	10	5
精度保証に関する以外の臨床化学・免疫化学に関する学会発表(抄録記載のあるもの)	10	3
学会・研修会・教育への参加	全国・地方(単位)	
臨床化学・免疫化学に関する学会および研修会等参加	10	
臨床化学・免疫化学に関する研修会・セミナー等の講演活動	15	
精度保証指定研修会の受講	15	

【平成29年度 臨床化学・免疫化学精度保証管理技師制度 認定指定講習会日程】

第1回指定講習会

日時：平成29年10月8日(日)13時00分～17時00分

場所：北海道大学

内容：第57回日本臨床化学会年次学術集会

臨床化学・免疫化学精度保証管理技師指定講習会

第2回指定講習会

日時：平成29年11月3日(金祝)9時50分～15時30分

場所：一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会館 3階第一会議室

内容：認定臨床化学・免疫化学精度保証管理検査技師 第2回認定指定講習会

～精度保証体制の確立と維持管理をになう技師へ～

認定臨床化学・免疫化学精度保証管理検査技師制度

第4回認定試験 受験申請書

下記の受験申請書を添え、標記試験の受験を申請いたします。

尚、以下の申請書等については虚偽のないことを誓います。

1. 受験申請書 (様式 1)
2. 経 歴 書 (様式 2)
3. 日臨技生涯教育研修制度修了証書写貼付書 (様式 3)
4. 認定指定講習会参加、資格審査基準単位取得証明書 ... (様式 4)
5. 審査・受験料振込証明書写貼付用紙 (様式 5)
6. チェックリスト(申請者本人・資格審査委員兼用) (様式 6)

申 請 日 平成 年 月 日

日臨技会員番号 :

日本臨床化学会 会員番号 :

申 請 者 氏 名 :

印

経 歴 書

申請日 平成 年 月 日

日臨技会員番号				糊 付 箇 所	
フリガナ				写 真 貼 付 写真裏面に氏名記入 裏全面 糊付禁止 写真サイズ 約 ヨコ40mm×タテ50mm	
申請者氏名		印			
ローマ字		(姓) (名)			
生年月日		S・H 年 月 日 (歳)			
免 許	臨床検査技師免許番号		取得年月日		
			S・H 年 月 日		
	衛生検査技師免許番号				
		S・H 年 月 日			
自宅住所:〒					
都道府県					
TEL - - FAX - - e-mail					
勤務施設名					
勤務先所在地:〒					
都道府県					
TEL - - FAX - - e-mail					
職歴1 <臨床検査技師免許取得後の職歴> 合計 年 月					
施設名		年 月 ~ 年 月		期 間	
		年 月 ~ 年 月		年 月	
		年 月 ~ 年 月		年 月	
		年 月 ~ 年 月		年 月	
		年 月 ~ 年 月		年 月	
		年 月 ~ 年 月		年 月	
職歴2<受験する検査領域における職歴> 合計 年 月					
施設名		年 月 ~ 年 月		期 間	
		年 月 ~ 年 月		年 月	
		年 月 ~ 年 月		年 月	
		年 月 ~ 年 月		年 月	
		年 月 ~ 年 月		年 月	
		年 月 ~ 年 月		年 月	
上記、記載事項に相違ないことを認めます。					
施設長・所属長(役職名)					
氏 名			印		

日臨技生涯教育研修制度 修了証書

日臨技会員番号：

申請者氏名：

この用紙に、生涯教育研修制度の修了証書のコピーを貼付してください。

修了証写 貼付

認定指定講習会参加、資格審査基準単位取得証明書

日臨技会員番号：

臨床化学会員番号：

申請者氏名：

この用紙に、指定講習会の参加証明書と、資格審査基準単位取得の証明書のコピーを貼付してください。本用紙で足りない場合は、白紙に書類を添付してご提出ください。

書類貼付

審査・受験料振込証明書

日臨技会員番号：

臨床化学会員番号：

申請者氏名：

この用紙に、振り込み用紙・領収書等のコピーを貼付してください。

証明書写 貼付

※ 受験申請料 20,000円を下記口座へお手続きください。

銀行名／支店名	： みずほ銀行 大森支店
口座種類/口座	： 普通預金 1373758
口座名	： シャ)ニホンリンショウエイセイケンサギシカイ ニチリングニンテイセンター

チェックリスト

(申請者本人・資格審査委員兼用)

日臨技会員番号：

臨床化学会員番号：

申請者氏名：

以下の項目について
受験者自身、チェックし、受験者欄に○印をつけてください。

文書名	様式	チェック事項	受験者 チェック欄	審査員 チェック欄
受験申請書	様式 1	署名・捺印		
経歴書	様式 2	写真貼付(鮮明なもの)		
		本人署名・捺印		
		施設長・所属長の役職名及び 署名・捺印		
修了証書	様式 3	写しの貼付		
指定講習会等	様式 4	写しの貼付		
振込証明書	様式 5	振込用紙の貼付		
チェックリスト	様式 6	本紙		

◎資格審査員コメント欄