

認定心電検査技師制度

第9回認定試験(平成27年度)実施要項

I 期 日 : 平成27年12月13日(日)

II 試験会場 : 日本教育会館 8階第一会議室
〒101-0003 東京都千代田区一ツ橋 2-6-2
Tel 03-3230-2831

III 受験料 : 20,000円(審査料を含む) 受験料は一切返金いたしません。

IV 登録料 : 5,000円 合格発表後、指定の口座へ納付すること。

V 受験資格 : 日本臨床衛生検査技師会の会員で、日臨技生涯教育研修制度の
修了者(平成7～26年度に修了証書を受領した者)であること。

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～様式5)に必要な事項を記入し、必要書類等を揃えて「日臨技認定センター」宛てに郵送してください。
3. 受験申請書受付開始 : 平成27年10月5日(月)
4. 受験申請書受付締切 : 平成27年10月30日(金)(必着)
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

※ 封筒の表面に、「認定心電検査技師制度 第9回認定試験受験申請書在中」と朱記のうえ、住所氏名を記入すること。

VII 申請時必要書類

受験申請書 (様式1)
経 歴 書 (様式2)
日臨技生涯教育研修制度修了証書写貼付書 (様式3)
審査・受験料振込証明書写貼付用紙 (様式4)
チェックリスト(申請者本人・資格審査委員兼用) (様式5)

VIII 試験日程 : 平成27年12月13日(日)

09:00 ~ 09:30	受付
09:30 ~ 09:40 (10分)	オリエンテーション
09:40 ~ 10:40 (60分)	筆記試験 I
10:40 ~ 11:00 (20分)	休憩
11:00 ~ 12:00 (60分)	筆記試験 II
12:00 ~ 13:00 (60分)	休憩
13:00 ~ 15:00 (120分)	バリデーション講習(実技・指定研修)

※ バリデーション講習は受講必須です。

※※ 受験者数により終了時刻は変動する場合があります。

IX 試験問題：日臨技ホームページ「日臨技認定センター」を参照ください。

(<http://www.jamt.or.jp/>)

※ 認定心電検査技師カリキュラムの範囲から出題されます。

【参考出版物】社)日本臨床衛生検査技師会 出版物
日当直者のための心電図症例集
株)じほう
循環機能検査技術教本

* 購入方法は会誌「医学検査」、日臨技ホームページを参照してください。

◆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、試験翌年の4月1日から5年間となります。

◆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、各地区において指導的な役割を担っていただくことを目標の一つとしていることから、特に申し出のない限り会報等に氏名を公表いたします。

◆認定更新の要件：

- 1) 日本臨床衛生検査技師会会員を継続していること。
- 2) 認定期間内に下記の(1)、(2)において合計50単位以上を取得すること。

(1) 日臨技生涯教育研修制度の履修を修了していること。(20単位)「必須」

(2) 以下の①～③の研修会等で30単位以上取得すること。

- | | |
|--|--------|
| ① 認定センター主催の認定心電検査技師更新研修会への参加 | (10単位) |
| ② 事前登録により認定センターが承認した、認定センター承認研修会
(各都道府県または支部(地区)主催)への参加 | (10単位) |
| ③ ①、②以外の心電図検査に関する研修会、講習会への参加 | (5単位) |

認定心電検査技師制度
第9回認定試験受験申請書

下記の必要書類を添え、標記試験の受験を申請いたします。

なお、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課程修了証書写貼付書 (様式3)
4. 審査・受験料振込証明書写貼付用紙 (様式4)
5. チェックリスト(申請者本人・資格審査委員兼用) (様式5)

申請日 平成 年 月 日

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	
	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(写)

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 書 写 貼 付

審査・受験料振込証明書

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/口座番号	: 普通預金 1373731
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)・

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	自筆の署名と捺印		
経歴書	様式2	写真貼付(鮮明なもの コピー不可)		
		本人の署名と捺印		
		施設長・所属長の役職名の署名と捺印		
修了証書	様式3	写しの貼付		
振込証明書	様式4	振込用紙の貼付		
チェックリスト	様式5	本紙		

◎資格審査委員コメント欄