

弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター認定更新申請

*個人情報保護方針について 【日本静脈学会 弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター養成委員会 認定事務局】
申請書に記入された個人を特定できるすべての情報は、認定の際の連絡と認定証の発行、発送、及び弾性ストッキング・
圧迫療法コンダクターに関する情報提供のために利用させていただきます。個人情報は法令で定める場合を除きご本人様の同意
なしに第三者への提供は行いません。個人情報保護に関し安全管理に努めます。
上記の内容に同意された方は下記申請書にご記入ください。ご記入の場合は同意して頂いたと承させていただきます。

ふりがな

じょうみやく たろう

ふりがなの記入漏れにご注意ください。

氏名

静脈 太郎

生年月日

西暦 1981年 4月 1日

勤務先

名称 ○○法人 ○○病院

所属部署 ○○科

職種 医師

「職種」欄には勤務先での役職ではなく、
国家資格を記入してください。

連絡先

メールアドレス(必須)

○○○○○○○○@○○○○

メールアドレスの記入は必須です。記入
がない場合、認定証が発行できません。職場・**自宅** (どちらか選択してください)

住所

〒○○○-○○○○

東京 **都**府県 ○○区○○○○○○

電話番号 ○○○-○○○○-○○○○

新ストコン資格の更新申請ですので、「認
定番号」欄および「認定取得年月日」欄に
は旧ストコン資格ではなく、新ストコン資
格の情報を記載してください。

認定番号

○○○

認定取得年月日

西暦 2000年 ○○月 ○○日

更新方法

 認定講習会の再受講 臨床指導内容書(30単位分)提出
(どちらか選択してください)

ピンバッジ送付希望

 希望する 希望しない (どちらか選択してください)
※更新時以外のタイミングでの再発行には別途手数料が発生します。申請書類確認
(すべてPDF可) 申請用紙(この用紙に記入したもの)
 前回認定証のコピー
 講習会受講証明書コピー または 臨床指導内容書
 更新申請料(3,000円)振込の確認書類のコピー