

弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター認定新規申請

*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○○○○○○「職場」を選択された方は配送先となる
勤務先・部署名も記入してください。

電話番号 ○○○-○○○○-○○○○

講習会受講

開催日 西暦 2000年 ○○月 ○○日

会場 ○○地区

受講証明書に記載されている開催日と会場
をご記入ください。開催日は欄外にはみ出
して記入していただいて差支えありませ
ん。WEB講習会を受講された方は、「会
場」を「WEB」としてください。

申請書類確認

- 申請用紙 (この用紙に記入したもの、PDF可)
- 国家資格等(認定制度 5. 認定対象者 参照のこと)のコピー (PDF可)
- 講習会受講証明書のコピー (PDF可)
- 10単位分の臨床指導内容書 (原本またはPDF)
- 新規申請料(5,000円)振込の確認書類のコピー (PDF可)