

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。PDFファイルを受信できるメールアドレスを記入してください。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 都道府県 ○○区○○○○○○

電話番号 ○○○-○○○○-○○○○

「職場」または「自宅」のいずれかに必ず○をつけてください。
「職場」を選択された方は勤務先・部署名も記入してください。

認定番号

○○○

「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入してください。

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