

(様式1)

受験番号：

申請書

私は、日本POS医療学会「POS医療認定士」を受験したく、ここに関係書類を添えて申請いたします。

会員番号：

氏名（自署）

印

昭和・平成 年 月 日生

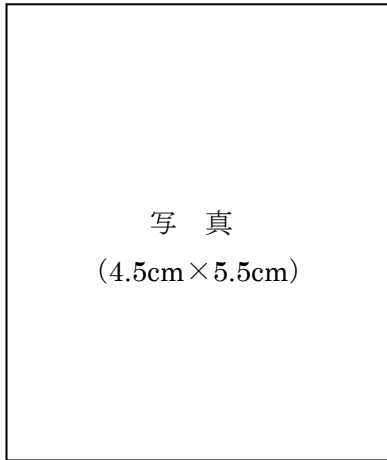
住所（〒 — ）

TEL

(様式2)

受験番号：

履 歴 書



(西暦) 年 月 日現在

フリガナ		男・女
氏 名		印
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)	

フリガナ		
現住所	〒 (—)	(TEL) (FAX)
フリガナ		
所 属 機 関		病床数 床
所属機関住所	〒	(TEL) (FAX)
免許取得 年月日	(医 師) 西暦 年 月 日 (看護師) 年 月 日 (保健師) 年 月 日 (助産師) 年 月 日 (薬剤師) 年 月 日 (栄養士) 年 月 日 (その他 : 年 月 日 年 月 日	号 号 号 号 号 号 号 号

(様式4)

受験番号：

西暦 年 月 日

実務経験証明書

1. 在職期間【勤務形態は 常勤 非常勤（ 1週 時間である）】

西暦 年 月より

西暦 年 月まで

通算 年 月間

2. 所属した部署名

申請者名

印

(様式5)

受験番号：

POS医療認定士審査資格ポイントを証明するもの

(様式6)

受験番号：

本学会における e ラーニング教育終了を証明するもの (強制ではありません)

(様式 7)

受験番号：

資格認定料振込受領書の写し

郵便振替払込請求書兼受領証のコピーを貼付して下さい。

