

一般社団法人日本医療検査科学会 理事長宛

認定 POC コーディネーター認定資格制度更新申請

認定更新申請書

申込日：20 年 月 日

認定番号		
(ふりがな) 氏 名	()	会員番号
生年月日	(西暦)	年 月 日
勤務先		
所属		
送付先住所	〒	
電話番号	- -	(内線：)
E-mail(*1)	@	
医療資格の有無	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
HP掲載承諾(*2)	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 都道府県 <input type="checkbox"/> 施設名 (部署名は除く)	

*1：個人で使用するメールアドレスを登録してください。
このアドレスがPOCC メーリングリストへも登録します。

*2：学会ホームページへ認定 POCC の氏名、都道府県、施設名を掲載します。
掲載の目的は、認定 POCC の交流を図ること、災害時等に協力できる体制整備につなげることです。
掲載を希望され方は、承諾される項目にレをお願いします。

◆申請料振込み証明書貼付欄

認定料：11,000 円を下記へ振込みしてください。(振り込み手数料は各自ご負担ください)

申請料振り込み先：

三菱 UFJ 銀行 本郷支店

普通 0156850

名 義：学術用 一般社団法人日本医療検査科学会

カナ名義：ガクジユツヨウ シヤダンホウジン ニホンイリョウケンサカガクカイ

◆POC技術委員会が認めた研修会・セミナーの参加状況

1) POC セミナー・更新セミナー参加状況

- | | | | |
|----------------|----|----------|----|
| ① 総論 | 単位 | | |
| ② 測定技術論 | 単位 | | |
| ③ 運用技術論 | 単位 | | |
| ④ 記録通信 | 単位 | ①～④の合計単位 | 単位 |
| ⑤ 更新セミナーの参加証明書 | | | |

合 計 単 位

* 4 カリキュラムを取得し、合計 6 単位以上取得と更新セミナー参加の参加、学会会員であることが更新要件となります。

◆セミナー参加証明書貼付(全ての証明書が見えるように貼付してください)

◆提出物チェックリスト

- 認定申請書 ※全てご記入ください
- 申請料振り込み控え貼付
- POC技術委員会が認めた研修会・セミナーの参加状況
- セミナー参加証明書貼付

◆お問い合わせ先

POC 技術委員会事務局：poc@jcls.or.jp

◆認定更新申請書、提出先（この書類をスキャナーしてメール添付してください）

日本医療検査科学会事務局：office@jcls.or.jp