様式－2

申請者氏名 ：

**受験料決済完了メール**

この場所に受験料決済完了メールをプリントアウトして貼付してください。

**チェックリスト**

**以下の項目について、ご自身でチェックし、受験者欄に○印をつけてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック項目 | 受験者  チェック欄 | 審査員  チェック欄 |
| 申請書の全ての項目が記載されていますか |  |  |
| 会員ページ情報の自宅住所・メールアドレス等の記載内容に  変更はありませんか  （学会HPから会員ページにログインしてご確認ください） |  |  |
| 氏名欄に捺印しましたか |  |  |
| 写真（鮮明なもの コピー不可）を貼付しましたか |  |  |
| １．施設長もしくは所属長の署名と捺印　または、  ２．国家医療資格免許取得後の職歴　がありますか |  |  |
| ２．国家医療資格免許取得後の職歴　を提出する場合には、  国家医療資格の証書コピーを添付しましたか |  |  |
| 指定講習会受講証明書（3年以内のもの）または、  IBHRE/CDR/不整脈治療専門臨床工学技士認定証を添付しましたか |  |  |