

業績目録

申請者氏名 _____ 印

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(書ききれない時は適宜の用紙に追加のこと)

3

消化器内視鏡部門の勤務証明書

消化器内視鏡技師資格認定試験に応募する

申請者 _____ は

_____ 西暦 _____ 年 _____ 月より

_____ 西暦 _____ 年 _____ 月まで _____ 年 _____ ヶ月

勤務先名 _____ 所属部署 _____

の内視鏡部門において勤務 ^{している} _{した} ことを証明する。

_____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名 _____

施設長名

(病院長又は理事長) (役職) _____ (氏名) _____ (印)

要 確 認

消化器内視鏡部門実務歴 2 年未満の方は
受験できません。証明時ご留意下さい。

消化器内視鏡講義受講証明書

消化器内視鏡技師資格認定試験の受験申請者

_____は

1) 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ より 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ まで、

2) 場所(病院名) _____ において

3) 消化器内視鏡講座(①内視鏡学総論②内視鏡検査と診断③内視鏡的治療について記載して下さい。)

内容: _____ (_____)時間

_____ (_____)時間

_____ (_____)時間

総計: _____ 時間を受講したことを証明する。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

勤務先名: _____ TEL: _____

勤務先住所: _____

医師(自筆) _____ (印)

*注1)、注2)を参照のこと

専門医No. _____ (会員番号ではない)

注1) 証明医師は受験者と同一の勤務先に所属していること(常勤、非常勤いずれも可)。

注2) 証明医師は本学会の専門医ないし指導医であること。

推薦書

受験者氏名： _____

受験者勤務先名： _____

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

推薦者勤務先名： _____ TEL: _____

推薦者勤務先住所： _____

推薦者氏名(自筆) _____ (印)

*注1)、注2)を参照のこと
_____ 専門医No. _____ (会員番号ではない)

注1) 推薦者は受験者と同一の勤務先に所属していること(常勤、非常勤いずれも可)。
注2) 推薦者は本学会の専門医ないし指導医であること。

消化器内視鏡介助実績証明書

申請者氏名 _____ ⑩

(本人) 年間一般消化器内視鏡介助症例数

※可能な限り本人の件数を記入して下さい。不明な場合は(例)10,000件(5人で担当)と記入してもよい。

部位項目	申請者担当症例数
上部消化管	
下部消化管	
胆・膵 ERCP等	
腹腔鏡	
その他 内視鏡 機器消毒等	
特記事項	

* 特記事項は必要な場合記入
上記記載事項を証明する。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医師(自筆): _____ ⑩

* 注1)、注2)を参照のこと

勤務先名: _____

専門医No. _____ (会員番号ではない)

注1) 証明医師は受験者と同一の勤務先に所属していること(常勤、非常勤いずれも可)。

注2) 証明医師は本学会の専門医ないし指導医であること。

書方見本

日本消化器内視鏡学会認定による 消化器科内視鏡技師受験申請書(2018)年度 ①

日本消化器内視鏡学会

消化器内視鏡技師試験委員長殿

私儀、このたび日本消化器内視鏡学会の認定による消化器内視鏡技師資格認定試験に応募いたします。

フリガナ ナシ キョウ

氏名 内視 鏡子 内視 男・女

西暦 1982 年 1 月 1 日 生 35 才



勤務先 小川病院 所属部署 内科 内視鏡室

勤務先住所 〒101-0062 千代田区神田駿河台 3-2-1 TEL03-3525-4670

自宅住所 〒101-0052 千代田区神田小川町 111 TEL03-3291-5568

E-mail(携帯メールは除く) _____

年	月	最終学歴・職 歴
2002	3	小川町看護学校 看護学科卒業
		職 歴
2002	4	千代田病院 就職
2011	3	〃 退職
2011	4	小川病院 就職 現在に至る

業績目録 ②

申請者氏名 内視 鏡子 内視

①2015 年 4 月 18 日

第 42 回日本消化器内視鏡学技師研究会出席

②2016 年 12 月 4 日

第 30 回関東消化器内視鏡技師研究会出席

以上

出席証明書は裏に貼付しました。

(書ききれない時は適宜の用紙に追加のこと)

消化器内視鏡部門の勤務証明書 ③

消化器内視鏡技師資格試験に応募する

申請者 内視 鏡子 は

2011 年 4 月 より

2017 年 11 月 まで 6 年 7 ヶ月

勤務先名 小川病院 所属部署 内科

の内視鏡部門において勤務 している ことを証明する。
した

西暦 2017 年 11 月 1 日

施設名 小川病院

施設長名

(病院長又は理事長)(役職)病院長(氏名) 神田三郎



要 確 認

消化器内視鏡部門実務歴 2 年未満の方は
受験できません。証明時にご留意ください

消化器内視鏡講義受講証明書 ④

消化器内視鏡技師資格認定試験の受験申請者

内視 鏡子 は

1) 2011 年 4 月 より 2017 年 10 月 まで、

2) 場所(病院名) 小川病院 において

3) 消化器内視鏡講座①内視鏡学総論②内視鏡検査と診断③内視鏡
的治療について記載して下さい。

内容: ①内視鏡学総論 (20) 時間

②内視鏡検査と診断 (20) 時間

③内視鏡的治療 (10) 時間

総計: 50 時間 を受講したことを証明する。

西暦 2017 年 11 月 1 日

勤務先病院名: 小川病院 TEL: 03-3525-4670

住所: 東京都千代田区神田駿河台 3-2-1

※医師(自筆) 小川 町 夫 小川

専門医No.33332222 (会員番号ではない)

注 1)証明医師は受験者と同じ勤務地に所属していること。

(常勤、非常勤いずれも可)

注 2)証明医師は本学会の専門医ないし指導医であること。

推薦書

⑤

受験申請者氏名: 内視 鏡子

勤務先病院名: 小川病院

本人は6年にわたり、内視鏡室に勤務し

.....
.....
.....
.....
.....

.....と考えここに推薦する。.....

西暦 2017 年 11 月 1 日

勤務先病院名: 小川病院 TEL: 03-3525-4670

勤務先住所: 東京都千代田区神田駿河台 3-2-1

医師(自筆) 小川 町夫 小川 ⑥

専門医No. 33332222 (会員番号ではない)

注 1) 推薦者は受験者と同じ勤務地に所属していること。(常勤、非常勤
いずれも可)

注 2) 推薦者は本学会の専門医ないし指導医であること。

消化器内視鏡介助実績証明書

⑥

申請者氏名 内視 鏡子 内視 ⑥

(本人) 年間一般消化器内視鏡介助症例数

※可能な限り本人の件数を記入して下さい。不明な場合は(例)10,000件(5人で担当)と記入してもよい。

部位項目	申請者担当症例数
上部消化管	1250 件
下部消化管	503 件
胆・膵 ERCP 等	35 件
腹腔鏡	なし
その他内視鏡 機器消毒等	PEG-12 件 EVL-1 件 EMR-1 件 機器消毒-2000 件
特記事項	その他気管支鏡等

*特記事項は必要な場合記入

上記記載事項を証明する。

西暦 2017 年 11 月 1 日

※医師(自筆): 小川 町夫 小川 ⑥

勤務先病院名: 小川病院

専門医No. 33332222 (会員番号でない)

注 1) 証明医師は受験者と同じ勤務地に所属していること。

注 2) 証明医師は本学会の専門医ないし専門医であること。

⑦

厚生大臣免許証・都道府県知事免許証等
医療関連免許証のコピー

⑧

「内視鏡機器取扱い等」受講証明書
コピー

※同封書類には入っていません。
講習会会場で交付されます。

『申請書提出の為の注意』を熟読の上、見本を参考に漏れなく記入し

①～⑧および出席証コピー類が全てそろってから提出して下さい。

第37回 申請書提出の為の注意

締切後の提出や申請資格に満たない場合、申請書は受験不可として受験者へ返却しています。また書類不備等は第一次審査において選考の対象となります。書き方見本を参考に出席証などが全てそろってから再度確認し早目に提出してください。虚偽の申請は証明医師に御迷惑がかかる行為となりますので絶対に止めてください。

提出締切:平成29年11月30日(消印有効) 郵送のみ受付
宛先: 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-2-1 新御茶ノ水7-パブリシティ 4F
日本消化器内視鏡学会技師試験 申請 係

問合せ:TEL 03-3525-4670
FAX 03-3525-4677
(9時から17時)
mail: gishi@jges.or.jp

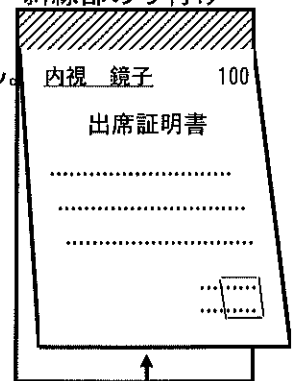
- 応募に必要な書類: ①申請書 ②業績目録③勤務証明書 ④医学講義受講証明書 ⑤推薦書
①～⑥は
ダウンロード書類 ⑥消化器内視鏡介助実績証明書 ⑦別表記載の医療関連免許証コピー
⑧内視鏡機器取り扱い講習会または機器セミナー受講証明書コピー1回分以上
○技師研究会出席証明書コピー2回分以上 ○受験者の宛名を記入した官製ハガキ1通
▲以上が全てそろってからクリップでまとめて提出してください。受験料は送らないでください。

書類番号順説明

- ①・勤務先が全国規模の団体に所属している場合、団体名から記入。(例) 公立〇〇病院、社会保険△△病院
・所属部署は特になければ、看護部、外来等を記入。③についても同様。
・住所は郵便番号7ケタで、都道府県名から記入。
・写真の裏に氏名を記入し、はがれないようにしっかり貼ること。(スナップ写真の切貼り不可)
学術試験の際にも同じ写真を使用する為、1枚保管しておくこと。
・職歴が書ききれない場合は裏へ記入。
・受験対象資格↓。(下記資格を取得している方のみ受験申請可)

別表	受験対象資格	
	看護師(助産師、保健師会)	衛生検査技師
	診療放射線技師	臨床工学技士
	臨床検査技師	准看護師
	薬剤師	

- ②・平成24年以降の学会又は支部主催「消化器内視鏡技師研究会・技師学会」どちらかに必ず2回以上出席し、出席した年月日・研究会名を記載。裏にはその出席証明書コピーを背合わせに貼付。(貼付例) 斜線部のり付け
技師研究会・技師学会における発表があれば記載し、抄録コピーを②と③の間へ入れてください。
・出席証明書を切り離したネームプレート部分のみ、領収書のみは認めません。
・機器取扱講習・セミナー・医学講義・講演・懇話会・フォーラム・他の研究会は含みません。
- ③・現在所属する施設の施設長による勤務証明書であること。
・当学会専門医(非常勤含む)指導のもと消化器内視鏡部門で実際に内視鏡に従事した年数が申請書提出時点で満2年以上であること。(12月1日から従事した場合は、無効です。)
(勤務年数が満2年以上でも他部門勤務期間や会員医師不在期間(一時退会も含む)は無効です。)
・前勤務先と合計して満2年以上の場合は③用紙をコピーし以前の施設の施設長による勤務証明も提出すること。
・施設長欄は病院長又は理事長。(附属等の場合、センター長、所長等ではなく、附属元の病院長又は理事長に記入していただく。)
- ④・学会支部主催の医学講習会、又は勤務先の上記会員医師から医学講義を規定時間以上受講していること。
・学会支部主催の医学講義受講証明書がある場合はコピーを④裏面に背合わせに貼付て、医師からの受講時間と合計を記入。(別図参照)
(勤務先の上記会員医師からは、受講されていない場合でも裏面の合計時間を記入し医師の証明をいただく。)
※講義内容には消化器に関する基礎医学は内視鏡学総論に含まれます。また試験問題としても出題されます。



②及び④裏面

講義内容と時間
消化器内視鏡に関する基礎(20時間以上)
①内視鏡学総論 ②内視鏡検査と診断 ③内視鏡的治療

※講義カリキュラム詳細は日本消化器内視鏡学会のホームページ下段にあります
「消化器内視鏡技師制度について」をご覧ください。

▼研究会・講習会日程及び内容等は、各技師会事務局へお問合せください。

■日程は技師会ホームページでもご覧になれます⇒<http://www.jgets.jp/> (すべて半角の英小文字)

- ⑤ 現在所属する施設の当学会会員医師（非常勤含む）から推薦を受けること。2ヶ所の場合前施設も必要
前勤務先の場合、現勤務先～の下に(当時～病院)と記入のこと。
(ワープロ可、ワープロを貼り付けた場合は割印をして頂くこと。但しサインは自筆のみ)
・日常の勤務状況、勤務態度、内視鏡との関わり等を記載していただければ結構です。書式は自由です。
*学会認定であるという見地から証明医師は、当学会専門医に限られています。

- ⑥ 項目別に**1年間の本人**の消化器内視鏡介助件数(正確な数字が判らなければ
個人の概ねの件数)を記入し、上記医師より証明を受けること。
上部消化管～腹腔鏡は主に検査介助件数、その他内視鏡は主に治療介助件数。(書方見本参照)
消毒は内視鏡検査・治療機器全体で携わったおよその年間合計。自動洗浄器使用分も可。

- ⑦ 別表記載の医療関連免許証をA4版に縮小コピーしてください。
(1) 改姓した場合⇒医療関連免許証は旧姓可。改姓手続をする。
(2) 再発行手続き中で医療関連免許証が手元にない場合⇒手続き中の証明書コピー添付。
(1)(2) 共、医療関連免許証が届き次第、速やかにコピーを提出すること。

- ⑧ 平成24年以降の学会支部長承認「内視鏡機器取り扱い講習会(基礎編)」に必ず1回以上出席。
その受講証明書コピー。技師研究会・各種講習会や学会支部長承認を受けていない機器講習・セミナーは認めません。

●医学講義受講証、技師研究会出席証、機器取り扱い講習(セミナー)受講証コピーについて

- ・原本にマジック、ボールペン(鉛筆不可)で記名後コピーすること。無記名・コピーへの記名は無効。
原本に記名欄が無い場合は余白部分に記名してください。(過去の出席証が旧姓の場合⇒旧姓可)
- ・出席していても当日、受講証・出席証を受け取らなかったり、紛失した場合は無効となります。
- ・医学講義やその他受講証は④裏へ、技師研究会出席証は②裏へ貼付。機器受講証は貼付せず⑧として扱います。
- ・ネームプレート型の小型証明書は複数をもとめて1枚にコピーして結構です。
- ・コピーが複数枚になる場合は上記(貼付例)のように斜線部を糊付けし、重ねて貼って結構です。
- ・原本は受け取れません。原本で提出された場合、返却致しません。
- ・原本は提出を願う場合があるため必ず保管しておいてください。

その他注意事項

- *申請書③は施設長の証明と印鑑、④⑤⑥は医師の証明と印鑑、①②⑥は本人の印鑑が必要です。シャチハタ不可。
不備に多いのは印鑑もれ・記入もれ、出席証明書類不足です。特に御注意ください。
 - *郵便物は勤務先送付です。やむを得ず自宅送付希望の場合は①自宅住所欄へ○印を記入してください。
振込み等期限付きの通知が多い為、変更事項は送付先以外でも速やかにハガキかFAXで届け出てください。
 - *鉛筆不可。訂正は横線を引き訂正印を押してください。
 - *証明書類のコピーはA4版(申請書と同じサイズ)に統一してください。
 - *提出時、受験者の宛名(自宅住所)を記入した官製ハガキを必ず同封してください。申請書受け取りのお知らせになります。
書類の中身を確認した後、ハガキを返信致しますので、お時間のかかる場合がありますのでご了承ください。
電話による受付確認は致しません。
 - *申請後に受験を取り止める場合は必ず連絡をお願い致します。受理後の申請書は返却致しません。
 - *書類審査結果は全員に2月中旬郵送で通知致します。合格者には学術試験詳細・受験票・会場案内・
受験料5,000円の振込用紙と振込案内を同封致します。⇒**申請書提出時に受験料を送付しないでください。**
- 面接時間の繰り上げは固くお断り致しますので交通機関の予約は時間に余裕を持って確保してください。
個人情報の取扱いにつきましては、適切な管理を実施しております。

//重要// 第二次試験について

- 日 時：平成30年3月17日(土) ●場所：東京(国際展示場・東京ビッグサイト)
受験者受付開始⇒11:30～・共通学術試験⇒13:00～15:00

- ☆ 試験に関する問合せ:TEL 03-3525-4670(9時から17時) E-MAIL: gishi@jges.or.jp
- ☆ 交通及び宿泊の手配は各自で行ってください。宿泊の申込は2月中旬書類審査の到着後、
下記で受け付けています。(定員になり次第×切)
㈱タウンツアーズ八王子支店 担当:三浦 佳織 e-mail: miura@towntours.co.jp
TEL:042-620-5515 fax:042-620-5519
- ☆ 最終合否結果は6月上旬頃に受験者全員に郵送で通知致します。
- ☆ 合格者は資格認定登録料10,000円、技師会年会費5,000円(平成30年分)が必要となります。
- ☆ 合格認定証の期限は5年です。5年に1度の更新時には研究会出席などの条件があります。