



第14回ホスピタルエンジニア認定

# 指定講習会・ 認定試験のご案内

病院設備を安全・確実に運用・管理する  
プロフェッショナルが求められています。

## 指定講習会・認定試験

ホスピタルエンジニア認定制度は、病院等の担当設備の専門的な運用・管理ができ、設備供給・保守業者および医療従事者などとのコミュニケーションがとれる人材を育成することを目的としています。認定試験に合格し、当協会に登録すると「認定ホスピタルエンジニア(CHE)」の称号を付与します。

第14回ホスピタルエンジニア認定のための指定講習会・認定試験を下記の要領で実施いたします。

### 講習日

受講・受験料：29,000円(税込)※

2025年10月6日(月)～11月25日(火)

### 【WEB講習会】

※受講料にテキスト代含む

### 指定講習会の概要(予定)

- ・病院概論
- ・病院設備と医療安全
- ・通信設備
- ・電気設備/エネルギー管理
- ・負荷としての医療機器
- ・空調設備
- ・医療ガス設備
- ・給排水衛生設備
- ・防災設備/監視制御設備/搬送設備
- ・病院FMの基礎
- ・施設維持管理運用



### 試験日

2025年**11月30日**(日)

【会場】杏林大学 井の頭キャンパス

### WEB講習会について

※高速インターネット回線につながったパソコン、タブレット、スマートフォンでご覧になれます。フィーチャーフォン(いわゆるガラケー)は非対応となります。

※通信にかかる費用は、受講者のご負担となります。



<お問い合わせ先>  
一般社団法人

日本医療福祉設備協会  
CHE試験事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-39-15 医科器械会館 3階  
TEL.03-3812-0257 FAX.03-6240-0690  
e-mail: hc-setsubi0919@heaj.org URL: <https://heaj.org/>  
専用ホームページ: <http://heaj-che.org/>



# 第14回ホスピタルエンジニア認定のための 指定講習会・認定試験の受講・受験申込書

- 1) ホスピタルエンジニア認定試験は、特別な受験資格はありませんが、**指定の講習会の全項目の受講が受験の条件です。講習会と試験とを同時に申し込んでください。**
- 2) 会場の都合で、**講習会受講の人数を最大200名**としています。応募者が**200名に達した時点で締め切り**とします。今年度受講できなかった方は来年度に受講してください。
- 3) 本人の顔写真(正面、4 cm×3 cm)を3枚(同じもの)用意してください。**写真の裏面には、かならず氏名**を書いてください。
- 4) **郵便局で払込取扱票**に記入し、合計29,000円を下記口座に振り込んでください。その際、**振替払込受領証**を受け取り、それをコピーしたものを申込書に貼りつけてください。  
**口座名義：認定ホスピタルエンジニア試験口(ニンテイホスピタルエンジニアシケングチ)**  
**口座記号番号：00130-8-743993**  
 受講料・受験料を入金した後は、申込を取り消されても返金いたしません。なお、定員を超えて受講できない場合の受講料・受験料は返金いたしません。
- 5) 受講・受験申込書に必要事項を記入し、**写真貼り付け欄に写真(裏に氏名記入)を1枚貼り付けてください。**また、**振替払込受領証(コピーでよい)を指定の場所に貼り付けてください。**(ATM利用の場合は、ご利用明細のコピー) 残りの顔写真2枚(裏に氏名記入)を同封してください。これらを、**簡易書留またはレターパックライト**で、次の送付先にお送りください。また、**封筒には、必ず本人の住所・氏名をご記入ください。**  
**送付先：〒144-0052 東京都大田区蒲田5丁目26-8 アーデル蒲田406**  
**株式会社テストイベント企画 CHE 試験事務局**
- 6) **受講票兼受験票・テキスト**は申込書の住所へ9月下旬頃より順次郵送します。
- 7) **合格後、認定ホスピタルエンジニアとして登録するためには、登録料5,500円が必要となります。**
- 8) 詳細はホームページ (<https://heaj.org/>) をご覧ください。

顔写真貼り付け1枚 (4 cm×3 cm)  他2枚は封筒に 同封してください	<div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 20px;">振替払込受領証</div> 振替払込受領証貼り付け (コピー可)
※下記の項目が見えるように貼り付けてください。	

フリガナ			
受講者氏名	生年月日	(西暦)	年 月 日
E-mail	@		
勤務先名			
部署名			
郵送先住所	〒 -	どちらかに○をつける	
		自宅	勤務先
連絡可能な電話番号	FAX 番号		
職 種	該当の□にチェックをつけてください(複数チェック可) <input type="checkbox"/> 病院設備担当者(病院職員)〔なお、企業派遣勤務の方は、下記の病院設備関係企業へチェック願います。〕 ( <input type="checkbox"/> 施設課 <input type="checkbox"/> 用度課 <input type="checkbox"/> 総務課 <input type="checkbox"/> 電気担当 <input type="checkbox"/> 空調担当 <input type="checkbox"/> 給排水担当 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他医療従事者 <input type="checkbox"/> 病院事務職員 <input type="checkbox"/> その他病院職員 <input type="checkbox"/> 病院設備関係企業 ( <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 通信 <input type="checkbox"/> 給排水 <input type="checkbox"/> 空調 <input type="checkbox"/> 防災 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他		

