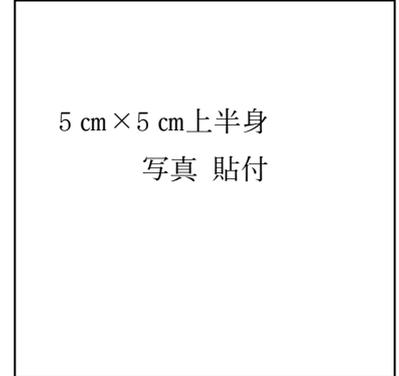


# 日本高気圧潜水医学会 専門技師認定申請書

(西暦) 年 月 日



日本高気圧潜水医学会 代表理事殿

専門技師の認定試験を申請します。

フリガナ

申請者氏名

\_\_\_\_\_

生年月日（西暦）

年

月

日

生

（満

歳）

\_\_\_\_\_

（連絡先）

E メールアドレス

\_\_\_\_\_

勤務先施設名

\_\_\_\_\_

所属科名（職名）

〒

勤務先所在地

\_\_\_\_\_

Tel.

〒

申請者現住所

\_\_\_\_\_

Tel.

\_\_\_\_\_

## 【学歴】

(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（最終学校） \_\_\_\_\_ 卒業

## 【学会歴】（日本高気圧環境・潜水医学会・日本臨床高気圧酸素・潜水医学会を含む）

(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 日本高気圧環境・潜水医学会 入会 現在に至る (会員番号) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 日本臨床高気圧酸素・潜水医学会 入会 現在に至る (会員番号) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 日本高気圧潜水医学会 入会 現在に至る (会員番号) \_\_\_\_\_

## 【主要職歴】

(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月： \_\_\_\_\_

**【専門技師 認定申請】**

**【教育集会（基礎編・臨床編）受講歴】**

（西暦） \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 第 \_\_\_\_回 教育集会（基礎編）受講

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 第 \_\_\_\_回 教育集会（臨床編）受講

## 臨床経験証明書

(西暦) 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者、以下の医療機関で 1) 看護師 2) 臨床工学技士 3) 准看護師  
として高気圧酸素治療業務に従事したことを証明する (該当する番号を○で囲んでください)。

勤務先施設名 \_\_\_\_\_

勤務期間 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 年 ヶ月)

日本高気圧潜水医学会専門医

(日本高気圧環境・潜水医学会高気圧医学専門医, 日本臨床高気圧酸素・潜水医学会専門医)

又は \_\_\_\_\_

所属医療機関長 \_\_\_\_\_

印

印

- ※ 上記、専門医 (管理医) 登録の無い場合は、所属医療機関長でも可
- ※ 複数施設での臨床経験がある場合は、本用紙をコピーして使用してください
- ※ 高気圧酸素治療臨床経験 看護師・臨床工学技士 : 免許取得後 2 年以上  
准看護師 : 免許取得後 3 年以上

【専門技師 認定申請】

## 勤務証明書

(西暦) 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者、以下の医療機関勤務者であることを証明する。

勤務先施設名 \_\_\_\_\_

所属医療機関長 \_\_\_\_\_ 印