　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　（事務局記入）※登録番号No.

**日本高気圧潜水医学会専門技師**（旧高気圧酸素治療専門技師）

**認定更新申請書**

申請日（西暦） 年 月 日

日本高気圧潜水医学会

代表理事　柳下　和慶　殿

日本高気圧潜水医学会専門技師（旧高気圧酸素治療専門技師）の認定更新を申請します。

1.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |  |  |
| 申請者氏名 |  | | | 会員番号： |  |
| 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 |  | | | |  |
| 所属部署名 |  | 職種 | ※職種についてはいずれかに〇、その他の場合は（　）内に記載してください  看護師／准看護師／臨床工学技士／その他（　　　　） | | |
| 勤務先所在地 | 〒 | | | | |
| 日中、連絡が可能な電話番号 | ※お選びください。□ 携帯　□ 勤務先　□ 自宅  tel. | | | |  |
| （任意）  ※申請者現住所 | ※ご自宅へ認定証を発送希望の場合はご記入ください。  〒 | | | | |

2.主要職歴

□　前回認定から変更なし

□　変更あり

→変更のある場合はご記入ください（適宜、行を追加してください）

|  |  |
| --- | --- |
| （西暦） 年　　月～　　　年　　月 |  |
| （西暦） 年　　月～　　　年　　月 |  |

3.業績目録一覧

■業績目録（学術論文、学術集会発表、学術集会出席）の提出について（留意事項）

○**本学会の学会誌、学術集会（地方会を含む）においての論文・発表**につきましては、**論文、抄録の提出は不要**です。「業績目録一覧」（下記）より事務局にて確認します。

○**他学会（他学会誌）においての論文・発表**につきましては、**要約または抄録部分をご提出**ください。

・添付番号を付し、申請者の氏名にマーカー等を引いてください。

※**発表内容は高気圧医学関連**に限ります。高気圧医学関連ではないと委員会が判断した場合、単位は認められません。

○**学術集会出席**については**参加証**をご提出ください。

・参加証には添付番号を付してください。

・本学会の筆頭者のプロシーディングについては、学術総会参加を証明するものとしますので、当該年度の学術総会参加証提出は不要です。

・そのほか参加証の証明は、会員ページの生涯教育単位取得一覧の写し、e医学会の参加履歴の写しが有効になります。

○生涯教育単位は、認定資格を取得後**５年間有効**です。

※認定更新に必要な生涯教育単位は、初回更新の更新のみ「24単位」以上です。次回以降は「28単位」となります。

■学術論文

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 発表年月  （西暦/月） | 筆頭・共著  （選択） | 雑誌名 | タイトル | 単位 | 添付書類  番号 |
|  | 筆頭・共著 |  |  |  |  |
|  | 筆頭・共著 |  |  |  |  |
|  | 筆頭・共著 |  |  |  |  |
| 単位合計 | | | |  | |

■学術集会発表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 発表年月  （西暦/月） | 筆頭・共同演者  （選択） | 学術集会名 | タイトル | 単位 | 添付書類  番号 |
|  | 筆頭・共同演者 |  |  |  |  |
|  | 筆頭・共同演者 |  |  |  |  |
|  | 筆頭・共同演者 |  |  |  |  |
| 単位合計 | | | |  | |

■学術集会出席

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 出席年月  （西暦/月） | 学術集会名 | 単位 | 添付書類  番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 単位合計 | |  | |

【生涯教育単位】　※必須単位は24単位以上（※留意事項をご参照ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 生涯教育単位合計 |  |

高気圧酸素治療業務証明書

（西暦） 　　　 年 　 月 　 日

申請者氏名

上記の者、高気圧酸素治療業務に従事していることを証明する。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先施設名 |  | |
| 高気圧医学専門医  （高気圧酸素治療専門医） |  | 印 |
| 又は  所属医療機関長 |  | 印 |

【更新申請時に、高気圧酸素治療業務を行っていない場合について】

※現在、高気圧酸素治療業務に行っていない場合は、**申請者氏名のみご記入**ください。