【認定申請】

一般社団法人 日本高気圧潜水医学会

認定施設　認定申請書

申請日：（西暦）　　　年　　月　　日

一般社団法人

日本高気圧潜水医学会 代表理事 殿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 〒 |  | | | |
| 所在地 |  | | | | |
| 電話 |  | | （FAX） |  | |
| ふりがな |  | | | | |
| 施設名 |  | | | | |
| 管理者 |  | | | | 公印 |

日本高気圧潜水医学会専門医制度規則 第9章 高気圧酸素治療の認定施設の資格 第16条に則り、日本高気圧潜水医学会認定施設として当施設の認定申請をします。また、記載内容に虚偽が無いことを証明します。

【認定施設の資格】次の各項の条件を全て満たしているか☑をいれてください。

□ 当該施設の責任者は原則として本会が認定した専門医であること。

□ 本会が認定した専門技師が勤務していること。

□ 当該施設が高気圧酸素治療安全協会に加入していること。

□ 年間10症例もしくは年間50回以上の治療を実施していること。

高気圧酸素治療部門の代表者：

所　属：

職　名：

会員番号：（ 　　）　（当学会に所属の場合）

治療装置：□ 1 種（　　　台）　　　　　　□ 2 種（　　　台）（☑をいれてください）

【ご連絡受取窓口】（事務局から諸手続きのご連絡先となります。必ずご記入ください。）

ご担当者： 　　　　　　　　　　　　　　　 ご所属：

メールアドレス：

【在籍証明】

在籍証明書

下記の者について、(西暦)　　　　年　　月　　日　現在、在職していることを証明します。

氏　 名

生年月日 　　(西暦) 　　　　年 　　月 　　　日

入職年月日　　(西暦) 　年 　　月 　　　日

職　　　種　　　　　医　師　・　臨床工学技士　・　看護師　・　准看護師

医師除く勤務形態（○で囲む）　　常勤 / 非常勤

として病院に勤務

記載日（西暦）　　　　年 　　　月 　　　日

所在地

施設名

管理者 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【承諾書】

承諾書

一般社団法人日本高気圧潜水医学会

代表理事　　 柳下 和慶 殿

当院は認定施設を申請するにあたり、日本高気圧潜水医学会の定める高気圧酸素治療の安全基準を遵守いたします。また質の高い高気圧酸素治療ならびに治療装置の安全確保に努め模範施設として責任ある行動をいたします。そして常に最高水準の高気圧酸素治療を患者に提供し続けることを誓います。

なお、当院が認定施設に指定された後、日本高気圧潜水医学会専門医制度規則　第12章に基づき、学会が当院を認定施設として不適切と判断し、認定を取り消された場合でも、学会の決定に従い、不服申し立てを致しません。

　　日本高気圧潜水医学会専門医制度規則

　第12章 高気圧酸素治療の認定施設の認定喪失

第23条 高気圧酸素治療の認定施設は次の各項の理由によりその認定を喪失する。

1. 高気圧酸素治療の認定施設の認定を辞退したとき。

2. 第16 条に定める条件に該当しなくなったとき。

3. 高気圧酸素治療の認定施設の認定を更新する手続きが行われなかったとき。

記載日（西暦）　　　　年 　　　月 　　　日

所在地

施設名

管理者　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 印