※（事務局記入）受付No.

日本高気圧潜水医学会 専門技師認定申請書

（西暦）　　　　年 　 月 　 日

5㎝×5㎝上半身

写真 貼付

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： |  |

【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） | |
|  |  | 印 |
| 又は  所属医療機関長 |  | 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

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 |