

## 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.

5 cm×5 cm上半身  
写真 貼付

### 【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 \_\_\_\_ 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

## 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