**高血圧・循環器病予防療養指導士申請書**

写真を貼って

下さい

（3cm×4cm）

**高血圧・循環器病予防学会認定委員会御中**

**日本高血圧学会・日本循環器病予防学会認定　高血圧循環器病予防療養指導士認定制度規則および施行細則に規定する高血圧・循環器病予防療養指導士の資格を受けたく申請致します。**

　　フリガナ

**申請者氏名**（自署）　　　　　　　　　　　　　　印　 **19　　 年　 　月　　日生**

**勤務先**

**所属部科名**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**役職名**

**勤務先住所**　〒

**日本高血圧学会・日本循環器病予防学会（該当する学会に○）**

**入会年月日　　　　　　年　　月　　日**

**会員番号**

**履　　歴　　書**

**氏　　　　名**　　　　　　　　　　　　　　 　　印

ローマ字表記

**生年月日**　　19　　年　　　月　　　日

**自宅住所　　〒**

電話

e-mail

**勤　務　先**

**勤務先住所　〒**

　　電話　　　　　　　　　　　　　　　Fax

　　e-mail

連絡を希望する方をお選び下さい　（　自宅　　・　勤務先　）

**保有資格**　（○で囲って下さい）

　職種：保健師　　看護師　　薬剤師　　管理栄養士　　理学療法士　臨床検査技師

　　　　　臨床心理士／医療心理士　健康運動指導士

　　　　　その他(記入して下さい)

資格取得日：　　　　　　　　　　　　　　資格番号：

**学歴、職歴**

例：19XX年3月　　XX大学薬学部卒

　　　　　 19YY年3月　　○○大学薬剤部　勤務

　　　　　 19ZZ年～現在 　□■調剤薬局　勤務

**高血圧・循環器病予防療養指導士認定制度委員会　御中**

**指導施設在籍証明書**

20 年　　月　　日

氏　　名

上記のものは下記施設において指導実務を行ったことを証明する。

（１）期間：　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　年　　ヶ月）

　　　施設名：

　　　電　　　話：

　　　施設長名：

　　 （責任者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（２）期間：　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　年　　ヶ月）

　　　施設名：

　　　電　　　話：

　　　施設長名：

　　　(責任者名)　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印

（３）期間：　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　年　　ヶ月）

　　　施設名：

　　　電　　　話：

　　　施設長名：

　　 （責任者名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**※現在勤務する施設名は下記にご記入下さい。**

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

現在勤務する施設名：

所 在 地：

電　　 話：

施 設 長 名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

（責任者名）

期間：　　　　年　　月　　日～現在

期間は西暦で記載してください。施設長名は責任者などの名前です。

印は施設印、または施設長名に記載した責任者の認め印でも可。この用紙に施設独自の証明書を添付されても結構ですが、在籍年数の記載は必須とします。

**現所属施設責任者の推薦書**

高血圧･循環器病予防療養指導士認定制度委員会　御中

推薦を受ける者の氏名

上記のものは日本高血圧学会・日本循環器病予防学会認定　高血圧･循環器病予防療養指導士認定制度規則および施行細則に規定する高血圧･循環器病予防療養指導士の資格を申請するに値することを認め、ここに高血圧･循環器病予防療養指導士候補者として推薦いたします。

 　 年 月 日

推薦者（自署）　　　　　　　　　　　　　　印

勤務先

勤務先電話番号

所属部署

役職名