

高血圧・循環器病予防療養指導士
受験申請用 チェックシート

受験申請条件

受験条件を確認いただいたら左のボックスに☑をいれてください。

申請条件 A

✓	①該当資格を保有している
✓	②学会への在籍期間が試験日(2019年3月10日)までに1年以上
✓	③該当資格取得後3年以上、勤務(指導)して

HPに掲載されている受験条件Bのうち、今回申請する条件に該当するものに○をつけてください。

申請条件 B

※①～⑤のうち申請したい条件 1 つに○を記載下さい

①	・	②	・	③	・	④	・	⑤
---	---	---	---	---	---	---	---	---

必要提出書類

※必要書類の準備ができればチェックしてください

✓	申請書
✓	履歴書
✓	指導施設在籍証明書・推薦書
✓	資格免許証の写し
✓	暫定条件 B を証明する書類
✓	指導例報告 5 例
✓	受験番号通知用はがき (必ず正確な住所を記載し、切手などを追加で貼り付ける必要がないよう、必ずご確認ください【はがきの送料は 62 円です】)
✓	審査料払込明細票(受領証)の写し

氏名 循環 高子

こちらにも記名の上、申請書類と一緒に送付ください。

高血圧・循環器病予防療養指導士認定試験受験申請書

写真を貼って
下さい
(3cm×4cm)

高血圧・循環器病予防療養指導士認定委員会御中

※白黒は不可
※背景のある写真は不可

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。

※申請書氏名は自筆にて記入する必要がありますのでご注意ください。
※空欄は認めません、該当する場合は必ず記入してください。

自筆で記入(サイン)ください。
印字しないでください。

フリガナ

申請者氏名 (自署) 循環 高子 **循環** 印 西暦 1980 年 4 月 1 日生

所属先名 動脈総合病院

所属部科名 循環器内科 役職名 なし 保有資格 看護師

※保有資格のうち、現在の所属先での職種資格
1つをご記入ください。

所属学会 (該当する学会に) ※複数の学会に入会している場合は3つとも記載ください。

日本高血圧学会 (会員番号 _____ 入会年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

日本循環器病予防学会 (会員番号 XXXXX 入会年月日 2017 年 2 月 1 日)

日本動脈硬化学会 (会員番号 _____ 入会年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

試験に関連する連絡は基本的にメールにて行います。@jpnsh.jp が受信できるように設定ください。

履 歴 書

氏名	循環 高子 循		生年月日 (西暦)	1980 年 4 月 1 日
希望連絡先	自宅 自 ・ 勤務先		性別	女 女 ・ 男 ・ 回答しない
メールアドレス	XXXXXXXX @ XXXX.XX.XX			
電話番号	自宅	0XX-XXX-XXX	勤務先	0XX-XXX-XXX
	携帯	0X0-XXXX-XXXX		
FAX	自宅	0XX-XXX-XXX	勤務先	0XX-XXX-XXX
住所	自宅 〒 1XX - 00XX 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇〇マンション XXX 号室			
	勤務先 〒 1XX - 00XX 東京都〇〇区〇〇 X-X-X 動脈総合病院			

該当する保有資格のうち、現在の職種となる資格にを入れてください

保有資格	<input type="checkbox"/> 保健師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 理学療法士				
	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 公認心理士／臨床心理士／医療心理士 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士				
	その他				
資格取得日	西暦	2002	年	4	月 1 日

※療養指導士試験受験に関連する資格のみを記載ください

学歴(上記資格を取得した学歴を記載ください)※欄が足りない場合は試験に関連する学歴を記入ください

1999 年 4 月	入学	血圧医科大学 看護学部
2003 年 3 月	卒業	血圧医科大学 看護学部
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

職歴※欄が足りない場合は条件 A の実務経験 3 年を含む経歴を記入ください

2003 年 4 月	入職	循環器病予防大学病院
2016 年 4 月	退職	循環器病予防大学病院
2016 年 5 月	入職	動脈総合病院
年 月		現在に至る
年 月		
年 月		
年 月		以上

施設在籍証明書

西暦 2018 年 10 月 1 日

氏名 循環 高子

上記のものは下記施設において在籍し、指導実務を行ったことを証明する。

【現所属先】

期間：西暦 2016 年 5 月 1 日～ 現在（2 年 5 ヶ月）

施設名：動脈総合病院

施設所在地：東京都〇〇区 〇〇 X-X-X

電話：03-XXXX-XXXX

施設長名(代表名)：動脈 高男



2. 期間：西暦 2003 年 4 月 1 日～ 2016 年 4 月 30 日（13 年 1 ヶ月）

施設名：循環器病予防大学病院

施設所在地：埼玉県 XX 市 XX XXXX X-X-X

電話：048-XXX-XXXX

施設長名(代表名)：予防 環



3. 期間：西暦 年 月 日～ 年 月 日（年 ヶ月）

施設名：

施設所在地：

電話：

施設長名(代表名)：

印

期間は西暦で記載してください。施設名は法人名、施設長名は法人の代表者などの名前です。

印は施設印、もしくは法人の代表者の認め印でも可とします。

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。

高血圧・循環器病予防療養指導士認定試験 推薦書
(推薦者用)

推薦を受ける者の氏名 循環 高子

上記のものは高血圧・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。

自筆で記入(サイン)ください。
印字しないでください。

西暦 2018 年 10 月 1 日

推薦者氏名 (自署) 血圧 花子 

推薦者所属先 動脈総合病院

推薦者所属部署 看護部

推薦者役職名 看護部長

推薦者勤務先電話番号 03-XXX-XXXX