

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) 高循 花子 (本来は自著) 高循 19 70 年 4 月 1 日生

勤務先 △△ 医療センター

所属部科名 薬剤部 (なければ空白) 役職名 主任 (なければ空白)

勤務先住所 〒 113-0033 東京都文京区本郷三丁目 28-8

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 2010 年 4 月 1 日

会員番号 0XXXX

入会年月日 2015 年 4 月 1 日

会員番号 0YYYY

両学会に入会の場合は
両方の学会に○をつけ
下の空きスペースに日本循環
器病予防学会の入会年月日、
会員番号を記載ください

履 歴 書

氏 名 高 循 花 子



ローマ字表記 KOUJUN HANAKO

生年月日 19 70 年 4 月 1 日

自宅住所 〒 161-0034 東京都新宿区上落合 3-9-1

電話 03-6304-0760

e-mail xxxx.xxx@jpnsnsh.jp

勤 務 先 △△医療センター

勤務先住所 〒 113-0033 東京都文京区本郷三丁目 28-8

電話 03-6801-9786 Fax 03-6801-9787

e-mail sidousi@jpnsnsh.jp

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： 19xx 年 4 月 1 日

資格番号： 第 XXXXXX 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

左記記入例を削除して記載
PDF で作成の場合は
空きスペースに記載可

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

記入日

2017年10月30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： 1992年 4月 1日～ 2000年 3月 1日 (7年 11ヶ月)

施設名： ○○病院

電話： 03-XXXX-XXXX

施設長名： 循環 花子

(責任者名)

部署長などは不可

病院

ゴム印可

(2) 期間： 2000年 4月 1日～ 2017年 10月 30日 (17年 6ヶ月)

施設名： △△医療センター

電話： 03-6801-9786

施設長名： 高血 太郎

(責任者名)

医療

現在在職の場合は「現在」と記載でも可。(現在の記載がなくても可)

(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： △△医療センター

所在地： 〒113-0033 東京都文京区本郷三丁目 28-8

電話： 03-6801-9786

施設長名： 高血 太郎

(責任者名)

医療

施設名、住所、電話番号、施設長名
ゴム印可

期間： 2000年 4月 1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 高循 花子

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。

2017 年 10 月 31 日

推薦者（自署） 循環 一郎（本来は自著） 印

勤務先 △△医療センター

勤務先電話番号 03-6801-9786

所属部署 薬剤部

役職名 部長