

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

1. 申請条件 下記A～Cに定められた条件を全て満たすこと

申請条件A 該当項目に☑を記入。全てに☑がない場合は受験不可。

- ① 該当資格を保有している
- ② 2020年3月末日までに学会へ入会している
- ③ 該当資格取得後3年以上、勤務(指導)している

申請条件B 該当するものいずれか1つに☑を記入。

- ① 指定された学術集会、総会等に2回以上参加している。
- ② 認定委員会で定められた講習会および高血圧・循環器病予防療養指導士WebセミナーでA群、B群、C群より合計12単位以上取得している。
- ③ 申請日より過去5年以内に保健指導レベルアップセミナーに2回以上参加している。
- ④ 日本糖尿病療養指導士、腎臓病療養指導士、心不全療養指導士、日本心臓リハビリテーション指導士、腎臓病薬物療法専門認定薬剤師、慢性心不全認定看護師等の資格保持者。
- ⑤ ①～④に該当しないため、専門医または評議員、日本心臓病学会のFJCCまたは代議員の推薦状ならびに活動実績を提出。

2. 必要提出書類 下記の全ての書類をご提出ください。提出時には必ず下記に☑してください。

- 本 チェックシート
- ① 高血圧・循環器病予防療養指導士受験申請書 (原本1部、写し2部)
- ② 推薦書 (原本1部、写し2部)
※推薦者と自身の所属先が異なる場合は、自身の所属先の在籍証明書も併せてご提出ください。
- ③ 指導例記録5症例またはそれに代わるもの (原本1部、写し2部)
- ④ 申請資格免許証のコピー
- ⑤ 上記申請条件Bを満たすことがわかる書類の原本またはコピー (手帳、参加証など)
※手帳は必ず原本をご提出ください。ご提出いただいた手帳は試験当日に返却します。
- ⑥ 受験番号通知用はがき
<重要>
 - ・必ず正確な住所を記載すること
 - ・63円の郵便はがきを使用すること※切手の貼付、絵葉書、ポストカード、年賀はがき等使用不可。
【はがきの送料は2019年10月1日より63円となったため、62円は不可となります。】
- ⑦ 審査料払込明細票(受領証)のコピー

備考欄 提出書類に関する連絡事項がある場合は、下記に記載して下さい。

氏名 _____

高血圧・循環器病予防療養指導士認定試験受験申請書

※申請書氏名は**自筆**にて記入ください。印字の場合は差戻しとなりますのでご注意ください。

写真を貼って
下さい
(3cm×4cm)

※白黒は不可
※背景のある写真は不可

| | | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----|
| 氏名 (自署) | フリガナ | 性別 | 女・男・回答しない | | |
| | | 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 日 |
| 勤務先 | | | 部署 | | |
| 所属学会 (会員番号 /入会日) | 会員番号 | 入会日(西暦) | 会員番号 | 入会日(西暦) | |
| | 日本高血圧学会 (/ 年 月 日) | | 日本循環器病予防学会 (/ 年 月 日) | | |
| | 会員番号 | 入会日(西暦) | 会員番号 | 入会日(西暦) | |
| | 日本動脈硬化学会 (/ 年 月 日) | | 日本心臓病学会 (/ 年 月 日) | | |
| メールアドレス | @ | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | | 勤務 | | |
| | 携帯 | | | | |
| FAX | 自宅 | | 勤務 | | |
| 住所 | 自宅 〒 | - | | | |
| | 勤務先 〒 | - | | | |
| 希望連絡先 | 自宅 ・ 勤務先 | | | | |
| 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 type="checkbox"/> 看護師 | <input type="checkbox"/> 薬剤師 | <input type="checkbox"/> 管理栄養士 | |
| | <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 | <input type="checkbox"/> 理学療法士 | <input type="checkbox"/> 作業療法士 | <input type="checkbox"/> 健康運動指導士 | |
| | <input type="checkbox"/> 公認心理師 | <input type="checkbox"/> 臨床心理師 | <input type="checkbox"/> 医療心理師 | | |
| 資格取得日 | 西暦 | 年 | 月 | ※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 | | | | | |
| | 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 | | | | | |
| | 年 | 月 | | | |
| | 年 | 月 | | | |
| | 年 | 月 | | | |
| | 年 | 月 | | | |
| | 年 | 月 | | | |

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)

以下1～6の何れかの役職にある方から推薦をもらってください。

1. 所属部署長
2. 主催学会理事
3. 主催学会評議員
4. 主催学会代議員
5. 主催学会専門医
6. 心臓病学会 FJCC

※上記のうち推薦者が該当する役職を○で囲んでください。

※主催学会は、日本高血圧学会、日本循環器病予防学会、日本動脈硬化学会、日本心臓病学会です。

推薦を受ける者の氏名 _____

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申請資格（3年以上の指導実務経験者）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。

記入日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

推薦者氏名（自署） _____

推薦者所属団体名 _____

推薦者所属部署名 _____

推薦者役職名 _____

推薦者勤務先電話番号 _____

※推薦者の所属先と、申請者(受験者)の所属先が異なる場合は、次頁の在籍証明書もしくは所属先規定のフォーマットの在籍証明書をご提出下さい。

以下の在籍証明書は、推薦者と被推薦者の在籍施設が異なる場合にのみ
ご提出いただきます。

高血圧・循環器病予防療養指導士認定試験
在籍証明書

| | |
|------|---|
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 |
| 現住所 | 〒 - |
| 入職日 | 西暦 年 月 日 |
| 職務内容 | |
| 役職 | |

上記の者は、当施設の職員であることを証明します。

西暦 年 月 日

所在地 _____

施設名 _____

代表者 _____ ㊟