

## 臨床経験証明書

(西暦) 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者、高気圧酸素治療に従事し

1) 臨床工学技士又は看護師で免許取得後 2 年以上高気圧酸素治療の臨床経験を有す。

2) 准看護師で免許取得後 3 年以上高気圧酸素治療の臨床経験を有す。

ことを証明する。(該当する番号を○で囲んでください)

\* 下記、専門医(管理医)登録の無い場合は、所属医療機関長でも可

勤務先施設名 \_\_\_\_\_

高気圧医学専門医  
(高気圧酸素治療専門医) \_\_\_\_\_ (印)

所属医療機関長 \_\_\_\_\_ (印)

## 勤務証明書

(西暦) 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記の者、下記医療機関の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)