

平成 28 年 吉日

一般社団法人 日本高気圧環境・潜水医学会
高気圧酸素治療安全協会加盟病院
病院長 各位 殿

一般社団法人 日本高気圧環境・潜水医学会
代表理事 川畠 真人

「日本高気圧環境・潜水医学会 認定施設」新規申請のご案内

会員の皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

日本高気圧環境・潜水医学会では、より安全かつ高質な高気圧酸素治療の実施と、その広報を目的に、平成 23 年度より「認定施設」制度を導入しております。

日本高気圧環境・潜水医学会認定施設として登録されました医療機関は、安全で質の高い高気圧酸素治療を保証できる医療機関として、機関名を本学会HP上に公表致しますので、これからも引き続き本趣旨を御理解戴き、認定資格を取得して戴けます様、ご期待致します。

つきましては、認定施設新規申請手続きにつきまして、下記の通りご案内を致します。

(1) 申請資格

1. 高気圧酸素治療専門医・高気圧酸素治療専門技師が在籍しており、尚且つ年会費を納付していること。
2. 高気圧酸素治療専門医は常勤者、高気圧酸素治療専門技師は勤務者として所属する医療機関の職員であること。
3. 高気圧酸素治療安全協会の施設会員であること。

(2) 申請提出書類

1. 申請書 (別紙①参照)
2. 当学会に登録されております専門医(常勤)と専門技師(勤務者)が共に貴病院の職員であることの病院長による在籍証明書(別紙②参照)
3. 専門医・専門技師については認定証写し、安全協会会員については会員証の写し

※申請書類の審査後に、回答書を送付させていただきますので、ご署名・捺印のうえご返送ください。

申請資格をご確認の上、申請提出書類を簡易書留にて下記までご返送ください。

〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45

東京医科歯科大学医学部附属病院高気圧治療部内

日本高気圧環境・潜水医学会事務局 宛

ご質問等はメールでご連絡ください Mail : jshm.hbo@tmd.ac.jp

一般社団法人 日本高気圧環境・潜水医学会
認定施設 認定申請書

申請日：平成 年 月 日

日本高気圧環境・潜水医学会 代表理事殿

(所在地)〒 _____ (TEL) _____
_____ (FAX) _____

(病院名) ふりがな _____

(院長名) _____ 公印

以下3点の認定基準に従い、日本高気圧環境・潜水医学会認定施設として当病院の認定申請をします。また、記載内容に虚偽が無いことを証明します。

[認定基準]下記の1から3までの基準をすべて満たすこと

1. 高気圧酸素治療専門医・高気圧酸素治療専門技師が在籍しており、尚且つ年会費を納付していること。
2. 高気圧酸素治療専門医は常勤者、高気圧酸素治療専門技師は勤務者として所属する医療機関の職員であること。
3. 高気圧酸素治療安全協会の会員であること。

高気圧酸素治療部門の代表者： _____

所 属： _____

職 名： _____

会員番号： () 高気圧酸素治療専門医

治療装置：1種 (台)

2種 (台) (○で囲む)

担 当 者： _____ 所 属： _____

メールアドレス： _____

(事務局からの連絡受取窓口(申請手続きの窓口・変更・取消等・諸手続き)となる者を指す。)

在籍証明書

下記の者について、____年____月____日 現在、在職していることを証明します。

氏 名 _____

生年月日 昭和/平成____年____月____日 (○で囲む)

1. 入職年月日 昭和/平成____年____月____日 採用

2. 勤務形態 常勤 / 非常勤 (○で囲む)

3. 職務内容 医師・臨床工学技士・看護師 (その他 _____) として病院に勤務
(○で囲む)

平成 ____年____月____日

所在地 _____

病院名 _____

院長名 _____ 印