【認定申請】

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：（西暦）　　　年　　月　　日

日本高気圧環境・潜水医学会 代表理事 殿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （所在地） | 〒 |  | | | |
|  |  | | | | |
| （電話） |  | | （FAX） |  | |
| (施設名)ふりがな |  | | | | |
| （施設名） |  | | | | |
| （管理者） |  | | | | 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施設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.高気圧医学専門医・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.高気圧医学専門医は常勤者、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：（ 　　）　（当学会に所属の場合）

治療装置：□ 1 種（　　　台）　　　　　　□ 2 種（　　　台）（☑をいれてください）

【ご連絡受取窓口】（事務局から諸手続きのご連絡先となります。必ずご記入ください。）

ご担当者： ご所属：

メールアドレス：

【在籍証明】

在籍証明書

下記の者について、(西暦)　　　　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 　　(西暦) 　　　　年 　　月 　　　日

入職年月日　　(西暦) 　年 　　月 　　　日

職　　　種　　　　　医　師　・　臨床工学技士　・　看護師　・　准看護師

医師除く勤務形態（○で囲む）　　常勤 / 非常勤

として病院に勤務

記載日（西暦）　　　　年 　　　月 　　　日

所在地

施設名

管理者 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【承諾書】

承諾書

一般社団法人日本高気圧環境・潜水医学会

代表理事　　 柳下 和慶 殿

当院は認定施設を申請するにあたり、日本高気圧環境・潜水医学会の定める高気圧酸素治療の安全基準を遵守いたします。また質の高い高気圧酸素治療ならびに治療装置の安全確保に　努め模範施設として責任ある行動をいたします。そして常に最高水準の高気圧酸素治療を患者に提供し続けることを誓います。

なお、当院が認定施設に指定された後、下記の事項に該当した場合は学会認定資格を一方的に取り消されましても、学会の決定に従い、不服申し立てを致しません。

一．高気圧酸素治療安全協会からの脱会

一.　高気圧専門医・高気圧治療専門技師の欠員

一.　学会が認定施設としての不適切と総合判断した場合

（西暦） 　 年 　　月　　 日

所在地

施設名

管理者　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 印

in 10.2021 production