

## 日本高血圧学会認定 高血圧専門医制度

### 過渡的措置による高血圧専門医申請書類（A）

専門医申請書類.....	P. 2
履歴書.....	P. 3
認定施設研修終了証書.....	P. 4（評議員、FJSH は免除）
指導医の推薦書.....	P. 5（評議員、FJSH は免除）

# 高 血 圧 専 門 医 申 請 書

写真を貼って  
下さい  
(3cm×3cm)

日本高血圧学会専門医制度委員会御中

日本高血圧学会認定 高血圧専門医制度過渡的措置規則および過渡的措置施行細則に規定する高血圧専門医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) \_\_\_\_\_ 印 19 年 月 日生

勤務先 \_\_\_\_\_

所属部科名 \_\_\_\_\_ 役職名 \_\_\_\_\_

勤務先住所 〒 \_\_\_\_\_

日本高血圧学会入会年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

会員番号 \_\_\_\_\_

# 履 歴 書

氏 名 印

ローマ字表記

生年月日 19 年 月 日

医籍登録番号

医師免許取得日 年 月 日

学 位

自宅住所 〒

勤 務 先

役職名

勤務先住所 〒

電話

Fax

e-mail

学歴、職歴・診療実績（研修、診療履歴を含む）

例：19XX年3月 XX大学医学科卒

19YY年3月 YY大学大学院博士課程修了

19ZZ年～20AA年 臨床研修 ZZ病院

## 認定施設研修終了証明書

20 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

上記のものは下記研修施設において常勤医として高血圧に関する研修を行ったことを証明する。

(1) 期間： 年 月 日～ 年 月 日 ( 年 ヶ月)

研修施設名：

電 話：

施設長名：

(責任者名)

印

(2) 期間： 年 月 日～ 年 月 日 ( 年 ヶ月)

研修施設名：

電 話：

施設長名：

(責任者名)

印

(3) 期間： 年 月 日～ 年 月 日 ( 年 ヶ月)

研修施設名：

電 話：

施設長名：

(責任者名)

印

現在勤務する施設名：

所在地：

電 話：

施設長名：

印

期 間： 年 月 日～

期間は西暦で記載してください。施設長名は病院長、所属教室教授などの名前です。

印は施設印、または施設長名に記載した先生の認め印でも可。

この用紙に研修施設独自の証明書を添付されても結構ですが、在籍年数は必須とします。

## 指導医の推薦書

日本高血圧学会専門医制度委員会御中

申請者氏名 \_\_\_\_\_

上記のものは日本高血圧学会認定 高血圧専門医制度過渡的措置規則および過渡的措置施行細則に規定する高血圧専門医の資格を申請するに足る研修を終了したことを認め、ここに高血圧専門医候補者として推薦いたします。

\_\_\_\_\_ 年 月 日

推薦者（自署） \_\_\_\_\_ 印

勤務先 \_\_\_\_\_

所属部署 \_\_\_\_\_

役職名 \_\_\_\_\_