**一般社団法人**

**日本妊娠高血圧学会**

**妊娠高血圧ヘルスケアプロバイダー**

**資格認定申請書**

**妊娠高血圧ヘルスケアプロバイダー　資格認定申請書**

受理年月日　　　　2024年　　　　　月　　　　　日（事務局記載）

一般社団法人　日本妊娠高血圧学会

理事長　市原 淳弘　殿

私は、妊娠高血圧ヘルスケアプロバイダー資格を取得したく、必要書類および審査料を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | 姓 | 名 | | （西暦）  年 月 日生  歳 |
| 申請者名 | |  |  | |
| 職業（職種） | |  | （複数ある場合は主たるものを記載） | | |
| 会員番号 | |  | （非会員の場合は記載不要） | | |
| 連絡先 | 所属施設名 |  | | 所属部署 | |
| □　勤務先  □　自　宅 | 〒  電話番号  E-mail(必須) | | | |
| （西暦） | | 略　歴　(卒業大学から現在まで，主要なものについて記載） | | | |
| 年 月 | | 大学 　　　　　　　学部　　　　　　　学科　卒業 | | | |
| 年 月 | |  | | | |
| 年 月 | |  | | | |
| 年 月 | |  | | | |
| 年 月 | |  | | | |
| 年 月 | |  | | | |
| 年 月 | |  | | | |
| 年 月 | |  | | | |
| 年　　 月 | |  | | | |

**妊娠高血圧ヘルスケアプロバイダー講習会受講歴**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 講習会の名称  （例：第X回妊娠高血圧ヘルスケアプロバイダー講習会） | 開催年月日 | 開催地 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

注意：受講証は、本制度規則「8」に記載されている各講習につき、1枚ずつ配布され、合計は10枚となります。したがって、申請には、10枚の受講証を提出する必要があります。申請に必要な講習をすべて受講できていれば、講習会の受講は１回のみで申請できます。複数回の講習会で必要な講習を分割して受講することも可能です。受講証の有効期限に注意して申請してください。

**学会ホームページへの氏名および所属先掲載の可否**

妊娠高血圧ヘルスケアプロバイダーに認定された方は、ご本人の承諾のもと、その氏名および所属施設を、一般財団法人日本妊娠高血圧学会ホームページ（https://www.jsshp.jp/）に掲載することになっています。掲載期間は、認定証の有効期間と同期間です。

私は、妊娠高血圧ヘルスケアプロバイダーに認定された場合、氏名および所属施設を上記ホームページに掲載することに

* 同意します。
* 同意しません。

いずれかにチェックをいれてください。