**認定医　・　専門医　・　研修施設　・　研修関連施設　申請症例証明書**

**（　新　　規　・　更　　新　）**

 （該当するものを○で囲んで下さい）

以下の申請者の申請症例内容が正しいものである事を証明する。

施設機関名：

所属診療科名：

申請者職名：

申請者会員番号：

申請者名：

証明者職名：

証明者氏名：

20　　　　年　　　　月　　　　日

証明者署名 印

 ※所属診療科の上長または施設長より証明をいただいてください

※自署または捺印が必須です

この申請書は、

**＜専門医・認定医資格新規・更新申請時使用の場合：データアップロード＞**

**＜施設新規・更新申請時使用の場合：郵送＞**

※Excelデータ申請症例記入フォーマットを、CD-RまたはUSBメモリに保存し、こちらの証明書を添付して、CVIT事務局宛に**郵送**にて送付下さい。

（書類送付先）〒104-0033

東京都中央区新川2-20-8　八丁堀スクエア2F・3F

日本心血管インターベンション治療学会　専門医認定医制度審議会事務担当　宛