**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

（必ず証明者の方の直筆で捺印をお忘れないようお願い致します）

※①PCI情報、②患者情報のファイルを、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）

〒101-0051

東京都千代田区神田神保町3-2

高橋ビル9階

日本心血管インターベンション治療学会

専門医認定制度審議会事務担当　宛