**日本心血管インターベンション治療学会**

**研修施設群連携施設　変更届**

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　委員長　　殿

日本心血管インターベンション治療学会研修施設群連携施設情報の変更をお願いいたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　20　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

変更届申請者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　施設代表医名　　　　　　　　　　　印

**―変更情報―**

（□の当てはまる箇所にチェックを入れてください）

□CVIT認定医不在による構成の解消（西暦　　　　年　　月　　日付）

* CVIT認定医が不在となった場合は、連携施設は失効となり、研修施設群の構成は解消となります。

□異動による構成状況の変更（異動となった日：西暦　　　　年　　月　　日付）

* 認定医氏名：
* 異動前施設名：
* 異動先施設名：
* 構成中の基幹施設名：
* 異動後の研修施設群の対応について（いずれかを選択）：
* 異動前施設の専門医または名誉専門医に指導継続を希望：氏名：
* 異動先の支部調整委員会にて近隣の基幹施設調整を希望
* 指導を継続しない：理由：