日本心血管インターベンション治療学会

研修施設・研修関連施設

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認定研修施設・研修関連施設の情報の変更をお願いいたします。

　　　申請日　20　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　現施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当責任者　　　　　　　　　　　㊞

**―変更情報―**

変更箇所にチェックをしてください。

 　フ リ ガ ナ

□

＊正式名称で記載してください。

**□施　設　番　号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**

＊施設番号はCVITウェブサイト（<http://www.cvit.jp/search_fac/>）から閲覧できます。

□　　**〒**　　　―

　　　　　　　　　　　　　　―　　　　　―

□

□**施設代表医　(旧)**CVIT会員番号

□**施設代表医　(新)**CVIT会員番号

**施設代表医が変更となった日：20　　　年　　　月　　　日　付**

□**施設代表医　不在　※施設代表医（専門医または名誉専門医）不在の場合は失効となります。ただし、施設代表医が再度在籍した場合は、施設代表医となる医師の着任日より、資格を再取得（復活）することができます（別途資格再取得申請書の提出が必要）。**

**施設代表医が異動され、在籍の専門医または名誉専門医が不在となった日：**

**20　　　年　　　月　　　日　付**

□**連携先心臓血管外科施設名　(旧)**責任医師氏名

□**連携先心臓血管外科施設名　(新)**責任医師氏名　　　　　　　　　　㊞

**※自書または押印/シャチハタ不可**