**日本心血管インターベンション治療学会**

**認定医、専門医、名誉専門医　資格更新留保申請書**

一般社団法人　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

年　　　月　　　日

私は、一般社団法人　日本心血管インターベンション治療学会　資格更新にあたり、所定の申請書類を添えて認定医・専門医・名誉専門医　（いずれかに○をつけて下さい）の更新を留保申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 申請者氏名  （自署） |  | | | | | | | | |
| 生年月日  （西暦） | 年 | | 月 | | 日 | |  | | |
| CVIT会員番号 |  | | | | | | | | |
| 認定番号 |  | | | | | | | | |
| 認定期間 | 年 | 月 | 日 | から | | 年 | 月 | 日 | まで |
| 医籍番号※ |  | | 医師免許取得年月日  （西暦） | | | | 年　　月　　日 | | |
| 所属先名 |  | | | | | | | | |
| 部科名 | | | | 役職 | | | | |
| 所属先住所 | 〒 | | | | | | | | |
| TEL: | | | | FAX: | | | | |
| 自宅住所 | 〒 | | | | | | | | |
| TEL: | | | | FAX: | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | | |

※医籍番号は、必ず医師免許証をご確認の上、ご記載ください。

留保理由：

|  |
| --- |
|  |

更新延長期間（年単位申請、以下のいずれかで選択可能）に○をつけてください

|  |
| --- |
| **※実際にインターべンションを離れた期間分を留保期間として救済することができる**  **1年間（10ヶ月以上2年未満※10ヶ月以下の申請不可）**  **2年間（2年以上3年未満）**  **3年間（3年以上4年未満）**  **4年間（4年）** |

留保申請時に提出する証明書種類　（例）留学証明書

|  |
| --- |
|  |