



日本心血管インターベンション治療学会 (CVIT)  
専門医認定医資格更新単位取得研修会  
(ライブデモンストレーションを伴わない)認定申請書

申請日 年 月 日

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 委員長宛

以下の研修会は認定基準を満たしておりますので、日本心血管インターベンション治療学会専門医認定医資格更新単位取得研修として認定いただけますよう、ここに申請いたします。

開催責任者名 (会員No. )

施設名

研修会の名称	
研修会の目的	
実施責任者 *研修会開催責任者と実施責任者が異なる場合に記載	施設名 : 氏名 :
会 期	年 月 日～ 年 月 日
会 場	
研修内容	
連絡先 (申請書に関する問合せ先)	(住所)
	(電話) (FAX)
	(e-mail)
事前配布する研修案内状等の送付施設数	施設に送付済 ( 年 月 日現在)
共催企業・後援団体の有無	無 有 _____ *有の場合は、必ず記入下さい。

\*添付 資料1) 研修会案内状 1部 資料2) 研修会案内状送付施設名一覧