

CVIT 研修カリキュラム履修証明書  
(兼、カテーテル治療指導証明書)

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 委員長殿

会員番号： \_\_\_\_\_

所属施設： \_\_\_\_\_

会員氏名： \_\_\_\_\_

上記の会員は、私（日本心血管インターベンション治療学会専門医、または  
名誉専門医）の指導の下、日本心血管インターベンション治療学会が定める  
研修カリキュラムを終了したことを証明いたします。

氏名： \_\_\_\_\_ 印

専門医・名誉専門医番号： \_\_\_\_\_

\*過去に複数の施設に在籍していた場合には、所属施設毎に提出が必要です