一般社団法人 日本心血管インターベンション治療学会（CVIT）

インターベンション技師（ITE）制度

資格更新単位認定 学会・研究会・研修会 終了報告書

＜アーカイブ視聴用＞

報告日　　　　　年　　月　　日

一般社団法人 日本心血管インターベンション治療学会

メディカルスタッフ委員会 委員長 宛

以下のとおり、終了報告いたします。

開催責任者名　　

開催責任者所属先名

|  |  |
| --- | --- |
| 会名  開催年または回数を必ずご記入ください。 |  |
| 開催日 | （本会）　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日  （アーカイブ配信）　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 認定条件の確認 | CVIT心血管カテーテル治療専門医が講師もしくは座長を行う  プログラムがある  該当プログラム名：  該当専門医名： （CVIT会員番号：　　　　　）  該当専門医所属先名：  会のプログラムが3時間以上である（　　　時間）  インターベンションに関りがある  企業主催ではない　※共催は可 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加人数 | 医師（本会）  （アーカイブ配信） | 名  名 |
| メディカルスタッフ（本会）  （アーカイブ配信） | 名  名 |
| 企業関係者（その他）（本会）  （アーカイブ配信） | 名  名 |
| 合計（総合計）  内訳（本会）  （アーカイブ配信） | 名  名  名 |

■次回開催予定についてご記入願います。報告日時点での決定範囲内で構いません。

|  |  |
| --- | --- |
| 会名 |  |
| 会期 | 年　　月　　日（　）　～　　　　年　　月　　日（　） |
| 会場 |  |

※終了報告書の提出は、会期終了後1ヶ月以内にお願いします。なお、終了報告書の提出がなかった場合には、次回以降の認定が取り消しとなります。ご注意ください。