**日本心血管インターベンション治療学会**

**研修施設群基幹施設　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研修施設群基幹施設情報の変更をお願いいたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　20　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

変更届申請者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　施設代表医名　　　　　　　　　　　印

**―変更情報―**

（□の当てはまる箇所にチェックを入れてください）

□CVIT研修施設の失効等による構成の解消（西暦　　　　年　　月　　日付）

□異動による基幹施設情報の変更（異動となった日：西暦　　　　年　　月　　日）

* 施設群指導医氏名：
* 異動前施設名：
* 異動先施設名：
* 構成中の連携施設名：
* 構成中の連携施設名（複数ある場合）：
* 構成中の連携施設名（複数ある場合）：
* 異動後の連携施設の対応について（いずれかを選択）：
* 異動前施設の専門医または名誉専門医に引き継ぐ：氏名

※施設群指導は原則1回以上更新していることが条件となります。

* 異動先施設にて指導を継続する
* 連携施設との構成を解消する：理由：