**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：

|  |
| --- |
|  |

認定期間のうち、実際にインターベンションを離れた期間：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 年 | 月 | 日 | から | 年 | 月 | 日 | まで | |

更新延長希望期間（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

|  |
| --- |
| **※認定期間中に実際にインターベンションを離れた期間（年単位）が、更新申請を延長できる期間です。**  **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

|  |
| --- |
|  |