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）

**2024年度 心血管インターベンション技師（ITE）資格更新留保申請**

申請日　　　　　　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

以下の通り、申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 申請者氏名 |  | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 会員番号 |  | | |
| 認定番号 | ITE | | |
| 認定期間 | 年　4月　1日　～　2025年　3月　31日 | | |
| 職種 | 臨床検査技師　　臨床工学技士　　※該当する資格に☑を入れてください | | |
| 所属先名 |  | | |
| 部署名） | | 役職） |
| 所属先住所 | 〒 | | |
| TEL： | FAX： | |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| TEL： | FAX： | |
| Email |  | | |

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ていた期間

|  |
| --- |
| 年　　　　月　　　　日　から　　　　　　　年　　　　月　　　　日　迄 |

更新延長希望期間（年単位申請、以下のいずれかで選択可）※該当するものに☑を入れてください

|  |
| --- |
| **※認定期間中、上記に記載したインターベンションを離れていた期間に応じた年数を、留保申請することができます。　※（）内は申請者がインターベンションを離れていた期間**  **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）医師診断書、母子手帳、等

|  |
| --- |
|  |