

## 学会認定医推薦書

(移行措置による推薦)

会員番号： 625

所属施設： \_\_\_\_\_

職 名： \_\_\_\_\_

会員氏名： \_\_\_\_\_

私は、上記の会員が心血管インターベンション治療に関して200例以上の経験を有し、学会認定医として十分な学識と経験があることを確認し、経過措置に関する施行細則に従い学会認定医に推薦いたします。

年 月 日

所属施設： \_\_\_\_\_

評議員名： \_\_\_\_\_ 印

年 月 日

所属施設： \_\_\_\_\_

評議員名： \_\_\_\_\_ 印