

(様式 13)

# 日本心血管インターベンション学会 研修施設認定申請書

日本心血管インターベンション学会  
理事長 一色 高明 殿

当施設は、日本心血管インターベンション学会認定研修施設として認定していただきたく、所定の書類を添えて申請いたします。

年 月 日

施設長

職印

記

フリガナ  
施設名 \_\_\_\_\_

所在地 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

担当科 \_\_\_\_\_

担当科責任者 \_\_\_\_\_

学会指導医  
(代表者) \_\_\_\_\_

受付番号 \_\_\_\_\_ (事務局で使用)