

日本心血管インターベンション学会  
認定医・指導医資格更新審査  
(留保依頼書)

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： 昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

会員番号： 625 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

認定医番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

所属施設名： \_\_\_\_\_

所属先住所： 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

所属先電話： \_\_\_\_\_

所属先FAX： \_\_\_\_\_

平成19年度日本心血管インターベンション学会認定医・指導医資格更新にあたり、  
下記の理由により更新を留保致しますので、証明書を添付致します。

下記いずれかを丸で囲んで理由を記載下さい。      の場合は証明書を添付下さい。  
単位取得不足による保留（規定7）      規定8による保留（証明書必要）

[ \_\_\_\_\_ ]

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

日本心血管インターベンション学会  
認定医制度委員会委員長 平山 治雄 殿