

日本血管外科学会認定血管内治療医申請書

年 月 日

(日付は西暦で英数は半角で記入してください)

私は日本血管外科学会認定医認定制度
第5条に規定する認定医として認定を申請します。

申請者氏名

漢字

印

フリガナ

ローマ字

会員番号

生年月日

年 月 日

現勤務
施設名

所属

同上所在地 〒

-

都道府県名

TEL

FAX

申請者E-Mail

自宅住所 〒

-

都道府県名

TEL

最終学歴

大学

年 月

卒業

大学院

年 月

修了

医籍登録年月日

年 月 日

医籍登録番号No.

心臓血管外科専門医

年 月 日

認定番号

脈管専門医

年 月 日

認定番号

※脈管専門医での申請の場合は、外科専門医であることが必須となっておりますので、

下記外科専門医取得情報も記載の上ご申請ください。

外科専門医

年 月 日

認定番号

日本血管外科学会ホームページの血管内治療医リストに氏名を公開することを

☐ 承諾します

☐ 承諾しません

事務局使用欄：以下は記入しないでください。

年会費納入状況

完納 ・ 未納

認定医番号

履 歴 書

年月日

申請者氏名
漢字

印

フリガナ

ローマ字

生年月日

年月日

現勤務
施設名

所属

医師免許取得後からの経歴と職歴を記入すること

	年		月	
	年		月	
	年		月	
	年		月	
	年		月	
	年		月	
	年		月	
	年		月	
	年		月	
	年		月	
	年		月	
	年		月	
	年		月	
	年		月	

所属学会

血管内治療

50 症例以上〔術者 30 例（指導的助手を含む）〕

【注意事項】

※この表紙を利用し、患者氏名、生年月日を削除した手術・手技記録のコピーを
下記1-4に分類して仕分けし、それぞれ実施日順にして綴ること。

※末梢動脈疾患に対する血管内治療 30 例を含むこと。（術者、助手を問わない）

1. 末梢動脈疾患に対するEVT（術者） 件

2. 末梢動脈疾患に対するEVT（助手） 件

3. 上記1, 2以外の血管内治療（術者） 件

4. 上記1, 2以外の血管内治療（助手） 件

「1+2」症例数合計（末梢EVT数合計） 件

「1+3」症例数合計（術者数合計） 件

全症例数合計 件

申請者氏名