

心臓血管麻酔経験証明書 署名・捺印(JSA-PIMS用)

申請者の心臓血管麻酔施行経験について、以下の通り相違ないことを証明する。

証明年月日	西暦 年 月 日
医療機関名	
代表心臓血管麻酔専門医もしくは 麻酔科部門長（自署）	印
医療機関所在地	〒
申請者氏名	

項目	症例数	備考
症例数合計		100例以上必要

* 経験症例をJSA-PIMSにて提出される場合は、以下をお送りください。

- 1.心臓血管麻酔経験証明書 1枚
- 2.心臓血管麻酔経験証明書 署名・捺印(JSA-PIMS用) 1枚
- 3.経験症例リスト(施設全体のリスト)

[学会提出] > [JSCVA症例提出ファイル作成]より出力されるファイルをCDやUSBに保存し提出、またはメール添付にて、事務局までお送りください。