

一般社団法人日本心臓血管麻酔学会
心臓血管麻酔専門医認定更新延長申請書

会員番号(※必須)			記入日	年	月	日
申請者氏名 (※必須)	姓 (Family Name)			名 (First Name)		
	フリガナ:					
	漢字:					
生年月日 (西暦)	年	月	日	性別	男	女
専門医認定年 (認定期間)	(西暦)		年	月	日	～
専門医認定番号						
連絡先住所 (※必須)	勤務先名称					
	所属					
	勤務先住所	〒				
	勤務先 電話番号			FAX番号		
	自宅住所	〒				
	自宅 電話番号					
連絡先 (※必須) どちらかに○をして下さい	勤務先			自宅		
E-Mail Address (※必須)	(PCに限ります)					
心臓血管麻酔専門医認定更新について更新期間延長申請の理由 (該当箇所の番号に○を付けて、期間をご記入下さい) 申請書以外に下記申請内容が確認できる書類を添付して下さい。 (申請理由を下記に書ききれない場合は他にご記載されご提出下さい)						
①	海外留学					
②	大学院入学					
③	公的研究機関への出向					
④	その他、やむを得ない事情：病気療養、出産・育児等					
猶予期間 (○を付けて下さい)						
①	1年					
②	2年					

★最長2年間の猶予期間を認める。
この場合、業績実績や麻酔経験症例数については、最大7年間の期間にて習得すること。