

日本 IVR 学会専門医・認定医 学術集会認定申請書

日本 IVR 学会 御中

下記学術集会を IVR 専門医・認定医更新学術集会認定に申請します。

年 月 日

申請者氏名 印
 資 格 (会員・非会員) ○印
 所属機関
 同 住 所
 E-mail

会 の 名 称			
開催地 (会場名)	(固定・移動)		
代 表 者 名	所属：		
対 象	放射線科医・一般医師・その他 ()		
領 域	IVR ・その他 ()		
関 連 学 会 名			
参 加 予 想 人 員	50 名以下、51～100 名、101～300 名、301～500 名、501 名以上		
規 模	全国	地方 (関西、関東地方など)	都道府県内
事 務 局 <input type="checkbox"/> 固 定 <input type="checkbox"/> 移 動	所在地：〒 施設名： TEL： FAX： E-mail：		
発 足 年	年		
年間開催数・時間数	年 回、	時間 × 日	定期・不定期・1 回限り
機関誌・抄録集等	有 無	記 録	有 無

1. プログラム等 (テキスト, 抄録集など学術集会の内容が分かるもの) を一部添付の上, 提出して下さい。
2. 該当欄に○印, および記入して下さい。
3. *は学会で記入します。

* 認定単位数