

日本 IVR 学会・日本心血管インターベンション治療学会合同認定  
インターベンションエキスパートナース更新学術集会認定申請書

インターベンションエキスパートナース認定事務局 御中

下記学術集会をインターベンションエキスパートナース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 (INE 取得看護師・IVR 専門医・CVIT 専門医・その他)

所属機関名

所属機関住所

申請者 E-mail

会  の  名  称	
開催地 (会場名)	(固定・移動)
代 表 者 名	(所属: )
対 象	看護師・医師・その他 ( )
領 域	IVR・CVIT 全般、IVR・CVIT 看護、看護全般、その他 ( )
規 模	全国・地方レベル ( 地方)・地区レベル ( 地区)
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. プログラムや抄録集など学術集会の内容が分かるものを一部 (コピーで可) 添付の上, 提出して下さい。
2. 資格、枠内該当欄に○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