

日本インターベンショナルラジオロジー学会
修練施設認定取消届

日本 IVR 学会
専門医制度委員会 御中

平成 年 月 日

| | |
|--|-----------------------------------|
| 機関名： _____ 印 | 申請者氏名： _____ 印 専門医番号 (_____) |
| 修練施設認定番号 (_____) 認定年： _____ | 現勤務先へ異動となった年月日 _____ 年 月 日 |
| 現 勤務先名： _____ | |
| 現 勤務先住所： _____ - | |
| TEL： _____ | FAX： _____ E メール： _____ |
| * 取り消し理由：(該当するものを で囲んでください。) 1. IVR 専門医が不在となり，修練施設の認定基準を満たさなくなったため。 2. その他 (_____) | |

事務局記入欄 (記入しないでください)

| | | |
|-------------------|-------------------|------------------------|
| 書類受付日 平成 年 月 日 | 認定取消日 平成 年 月 日 | 修練施設認定証返却日 平成 年 月 日 |
|-------------------|-------------------|------------------------|