

日本成人先天性心疾患学会  
 連携修練施設 修練指導責任者/施設指導責任者 認定申請書

日本成人先天性心疾患学会 理事長殿

下記の者を として選任しましたので、申請します。

申請日：(西暦) 年 月 日

施設名			
施設長(病院長)	役職名	氏名	
			(印)

フリガナ			
氏名	(印)		
所属科・役職			
メールアドレス			
ACHD暫定専門医認定番号			
循環器専門医認定番号	初回認定日		
	現在認定期間		
小児循環器専門医認定番号	初回認定日		
	現在認定期間		
心臓血管外科専門医認定番号	初回認定日		
	現在認定期間		

- \* 問合せや確認の必要がある場合は、指導責任者として申請されている方へご連絡致します。
- \* 修練指導責任者として申請の場合、ACHD暫定専門医に認定中である必要があります。
- \* サブスペシャリティ専門医は取得されている資格について記載してください。  
取得されていない資格については空欄としてください。

\* 事務局記載欄

受領日	受理番号