**第1期日本成人先天性心疾患学会認定専門医試験 事務局確認票**

受験番号

　　　　写

　　　 真

4×3ｃｍ

　撮影後３ヶ月以内

正面　脱帽　上半身

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女

**日本成人先天性心疾患学会専門医制度検討委員会**

〒162-0801東京都新宿区山吹町358-5

アカデミーセンター

日本成人先天性心疾患学会事務局

--------------------------------------------------------------**(切り離し無効)** ------------------------------------------------------------------

**第1期日本成人先天性心疾患学会認定専門医試験 受験票**

受験番号

　　　　写

　　　 真

4×3ｃｍ

　撮影後３ヶ月以内

正面　脱帽　上半身

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女

**日本成人先天性心疾患学会専門医制度検討委員会**

〒162-0801東京都新宿区山吹町358-5

アカデミーセンター

日本成人先天性心疾患学会事務局

※**必ずＡ４サイズで印刷し、事務局確認票と受験票と同じ写真を貼り付けの上、氏名を記入してください。**

※**受験番号欄は事務局にて記入致しますので、未記入のままご提出下さい。**