

専門医 在籍証明書 (1/2)

施設名 _____

日本循環器学会認定循環器専門医（代表者 3 名を記載）

	氏名	認定番号	ASD 閉鎖術認定医にチェック
1			
2			
3			

日本心血管インターベンション治療学会専門医・認定医（代表者 3 名を記載）

	氏名	認定番号	ASD 閉鎖術認定医にチェック
1			
2			
3			

日本脳卒中学会専門医（代表者 1 名を記載）

	氏名	認定番号
1		

日本超音波医学会認定超音波専門医、日本周術期経食道心エコー（JB-POT）認定試験合格者、ないし日本心エコー学会が認証している「SHD 心エコー図認証医」（代表者 1 名を記載）

	氏名	資格	認定番号
1		<input type="checkbox"/> 日超医 <input type="checkbox"/> JB-POT <input type="checkbox"/> SHD 心エコー	

心臓血管外科専門医（代表者 1 名を記載）

	氏名	認定番号
1		

心房中隔欠損閉鎖術の認定を持っている医師（代表者 1 名を記載）

*認定証と症例一覧（別紙3）を添付する

	氏名	累積閉鎖術数
1		例