

透析バスキュラーアクセスインターベンション治療医学会
血管内治療実績報告書

(申請書類B)

一般社団法人 透析バスキュラーアクセスインターベンション治療医学会
理事長 天野泉 殿

記入日 年 月 日

下記内容を治療実績として報告致します。

	医療機関名 <small>(正式名称)</small>	経験期間 <small>(年月日～年月日)</small>
実績		

診療科 (或いは分野)		
実績業務内容	<small>(例:VAインターベンション、末梢血管インターベンションなど)</small>	
署名 <small>(施設長 / 所属長 / 評議員)</small>	※申請者が施設長の場合は本人署名可	印
本人署名		印

※評議員＝透析VA/VT医学会評議員(理事含む)

事務局記入欄

受取日	
担当印	