

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
VAIVT認定専門医申請書

(申請書類A)

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 宮田 昭 殿

※申請者自書

記入日 2024 年 月 日

下記内容で申請致します。

個人会員番号 (8桁)		
施設名		都道府県名
専門領域		
申請者住所 (郵便送付先)	〒 -	
メールアドレス ※送受信可能なアドレス	@	
生年月日 (西暦にて記入)	年	月 日
氏名(ローマ字)		
署名	印	
添付書類	医師免許証コピー 1通	

事務局記入欄

受取日	
担当印	