

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 (正式名称)	経験期間 (年月日～年月日)
実績		

診療科 (或いは分野)	
実績業務内容	(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)
署名 (施設長 / 所属長 / 評議員)	※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VAIVT医学会評議員 (理事含む)

事務局記入欄

受取日	
担当印	