

**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  
外科・血管外科専門施設(または専門診療科)医療連携申告書**

(申請書類4)

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 西暦            年            月            日

下記内容で申請致します。

<b>所属施設名</b> (正式名称)		都道府県名 ※施設の所在地
<b>専門領域</b> (診療科)		
<b>外科・血管外科との連携</b> (確立している場合、□に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 当施設は、外科・血管外科専門施設(または専門診療科)との連携を 予め確立しています	
<b>連携先医療機関名</b> ※複数可		

事務局記入欄

受取日	
担当者印	