

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F)

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。

所属施設名 (正式名称)		都道府県名 ※施設の所在地
専門領域 (診療科)		
外科・血管外科との連携 (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	
連携先医療機関名 ※複数可		

事務局記入欄

受取日	
担当者印	