

インターベンションエキスパートナース 辞退届

日本インターベンショナルラジオロジー学会
日本心血管インターベンション治療学会

合同認定

インターベンションエキスパートナース制度委員会 御中

私は、以下のとおりインターベンションエキスパートナース（旧：IVR 看護師）資格を辞退します。

1. インターベンションエキスパートナース資格を返上します。

（理由： _____ ）

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名： _____ 印	IVR 学会准会員番号 (_____)	認定番号 (_____)
	生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	
勤務先・所属科		
□□□-□□□□□ 勤務先住所		
TEL： _____ FAX： _____		
□□□-□□□□□ 自宅住所		
TEL： _____ FAX： _____		