**インターベンションエキスパートナース**

**更 新 申 請 書**

　　2022年　　月　　日

日本インターベンショナルラジオロジー学会

合同認定

日本心血管インターベンション治療学会

インターベンションエキスパートナース制度委員会

委員長　小泉　淳 殿

　このたびインターベンションエキスパートナース制度規約細則に規定する資格更新を受けたく、申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定番号 |  | |
| 申請者氏名 　　　印 | 年　　　月　　　日生（　　歳） | 男・女 |
| 勤務先・所属 | | |
| 勤務先住所□□□-□□□□  TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX：  e-mail： | | |
| 自宅住所　□□□-□□□□  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 認定証書送付先  （該当するものに○印） | ・勤務先  ・自　宅 |

　事務局記入欄（記入しないでください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日  　　月　 日 | 更新審査料払込  　□有　・　□無 | 総合単位数 | 判定  結果 | □更新可  □認定猶予  □単位不足（　　 単位） | 更新年月日  　　年　 月 　日 |

インターベンションエキスパートナース【INE】

認定更新申請に関する単位取得証明書

１．対象学術集会への出席状況

取得日 2016年 4月 1日　　対象期間：2016年 4月 1日～2021年12月31日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学術集会・研究会名 | 開催年月日  第　 回 | 開　催　地 | 単位数 |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |
| 15. |  |  |  |

計　　　単位

　注：出席証明書あるいはそれに準ずるもの（例：ネームカード）の原本を添付してください。

２．インターベンション治療関連学術集会での発表に関して

取得日 2016年 4月 1日　　対象期間：2016年 4月 1日～2021年12月31日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学術集会・研究会名 | 開催年月日  第　 回 | 開催地 | 筆頭・第二以降（○印） | 単位数 |
| 1. |  |  | 筆頭・第二以降 |  |
| 2. |  |  | 筆頭・第二以降 |  |
| 3. |  |  | 筆頭・第二以降 |  |
| 4. |  |  | 筆頭・第二以降 |  |
| 5. |  |  | 筆頭・第二以降 |  |

発表単位数　計　　　　単位

注1）発表年月日、学術集会・研究会名、氏名が確認できるプログラム、抄録等のコピーを添付してください。

３．インターベンション治療に関する論文発表

取得日 2016年 4月 1日　　対象期間：2016年 4月 1日～2021年12月31日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 題 名 | 掲載誌名 | 巻：頁～頁(　 年) | 単位数 |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

論文単位数　計　　　　単位

注1）原著、総説、症例報告、書籍分担執筆などが対象となります。（10単位）

筆頭著者と筆頭以外の区別はありません。

注2）発行年月日、掲載誌、論文名及び著者名が確認できるページのコピーを添付してください。