

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。