

インターベンションエキスパートナース

更新申請書

2026 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 中井 資貴 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：			
取得日にチェックしてください <input type="checkbox"/> 2010 年 4 月 1 日 <input type="checkbox"/> 2015 年 4 月 1 日 <input type="checkbox"/> 2021 年 4 月 1 日 <input type="checkbox"/> () 年 4 月 1 日 ※上記に該当しない場合は記入			
申請者氏名	印	年 月 日生 (歳)	男・女
勤務先・所属			
勤務先住所 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
TEL:		FAX:	
e-mail:			
自宅住所 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
TEL:		FAX:	
e-mail:			

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 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	総合単位数	判定結果 <input type="checkbox"/> 更新可 <input type="checkbox"/> 認定猶予 <input type="checkbox"/> 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

取得日にチェックしてください。

- | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 取得日 2010 年 4 月 1 日 | 対象期間：2020 年 1 月 1 日～2025 年 12 月 31 日 |
| <input type="checkbox"/> 取得日 2015 年 4 月 1 日 | 対象期間：2020 年 1 月 1 日～2025 年 12 月 31 日 |
| <input type="checkbox"/> 取得日 2021 年 4 月 1 日 | 対象期間：2021 年 <u>4 月 1 日</u> ～2025 年 12 月 31 日 |
| <input type="checkbox"/> 取得日 () 年 4 月 1 日 | 対象期間：2020 年 1 月 1 日～2025 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

取得日にチェックしてください。

- | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 取得日 2010 年 4 月 1 日 | 対象期間：2020 年 1 月 1 日～2025 年 12 月 31 日 |
| <input type="checkbox"/> 取得日 2015 年 4 月 1 日 | 対象期間：2020 年 1 月 1 日～2025 年 12 月 31 日 |
| <input type="checkbox"/> 取得日 2021 年 4 月 1 日 | 対象期間：2021 年 <u>4 月 1 日</u> ～2025 年 12 月 31 日 |
| <input type="checkbox"/> 取得日 () 年 4 月 1 日 | 対象期間：2020 年 1 月 1 日～2025 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。

(学術集会、研究会への参加と同じ単位が認められます)

3. インターベンション治療に関する論文発表

取得日にチェックしてください。

- | | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 取得日 2010 年 4 月 1 日 | 対象期間：2020 年 1 月 1 日～2025 年 12 月 31 日 |
| <input type="checkbox"/> 取得日 2015 年 4 月 1 日 | 対象期間：2020 年 1 月 1 日～2025 年 12 月 31 日 |
| <input type="checkbox"/> 取得日 2021 年 4 月 1 日 | 対象期間：2021 年 <u>4 月 1 日</u> ～2025 年 12 月 31 日 |
| <input type="checkbox"/> 取得日 () 年 4 月 1 日 | 対象期間：2020 年 1 月 1 日～2025 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。