**日本動脈硬化学会　認定施設申請書（新規・更新）**

　　　年 　　月 　　日

日本動脈硬化学会　理事長　殿

当施設は、日本動脈硬化学会会認定教育施設の認定規定により、認定教育施設としての認定を申請します。

施 設 名

診療科名

診療科長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当指導医　所属：　　　　　　　　　　　氏名：

※担当指導医は学会からの連絡窓口となる先生を記入してください。

　　　　　　Email：

診療科所在地

〒

TEL　　　　　　　　　　　　　　／　FAX

当施設が、日本動脈硬化学会認定教育施設としての申請を行うことを認めます。

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

診療科所在地

〒

TEL

**認定施設の内容証明書**

　　　年 　　月 　　日

下記記載項目に相違ありません。

施設名・診療科名

診療科長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| （１）常勤する動脈硬化指導医または特例指導医　の医師名  　　　 計　　　　名  氏 名  ・  ・  ・  ・  （2）常勤する動脈硬化専門医　の医師名  　　　 計　　　　名  氏 名  　・  　・  　・  　・ |