

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

経カテーテル大動脈弁置換術認定制度の指導医認定を希望するため、以下の書類を添えて申請いたします。

TAVR指導医更新（初回）認定申請書

申請デバイス名	バルーン型デバイス（SAPIEN series）
---------	--------------------------

※ 下記の全ての欄をご記入ください。手書きの場合は楷書でご記載ください

※ □は、いずれか該当する項目にチェックを入れてください

フリガナ		
申請者氏名		
JTVT会員番号		
当該デバイスの TAVR指導医認定	認定番号	
	認定日	年 月 日
所属機関	施設・科名	
	役職	
連絡先	<input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> 自宅	
	〒	
	電話番号	
	FAX番号	
	Email	
THT協議会HP上で指導医として公開される事に同意されますか。 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない		

申請日 年 月 日

申請者署名 _____ (印)

申請料振込先

金融機関名	三菱UFJ 銀行	支店名	茨木支店（店番号：219）
預金種別	普通預金	口座番号	313430
口座名義	シャ) ニホンケイカテーテルシンゾウベンチリョウガツカイ ティーエーヴ イアールニンテイカカリ		

※漢字表記：（社）日本経カテーテル心臓弁治療学会 T A V R 認定係

申請料：10,000円

- * 振込先は年会費振込口座とは異なります。
- * 振込手数料は申請者にてご負担ください。
- * 振込人名は照会のため、必ず申請者ご本人名義にてお願いします。
- * 金融機関の振込控えをもって領収書とさせていただきます。
- * 銀行窓口でお振り込みの場合、口座名義（カタカナ）は全て記入してください。
枠が足りない場合は枠外に記載ください。全て記入されていない場合、
銀行によりエラー扱いとされる場合がございますのでご注意ください。
- * 認定料は、認定後にお振り込みいただきます。

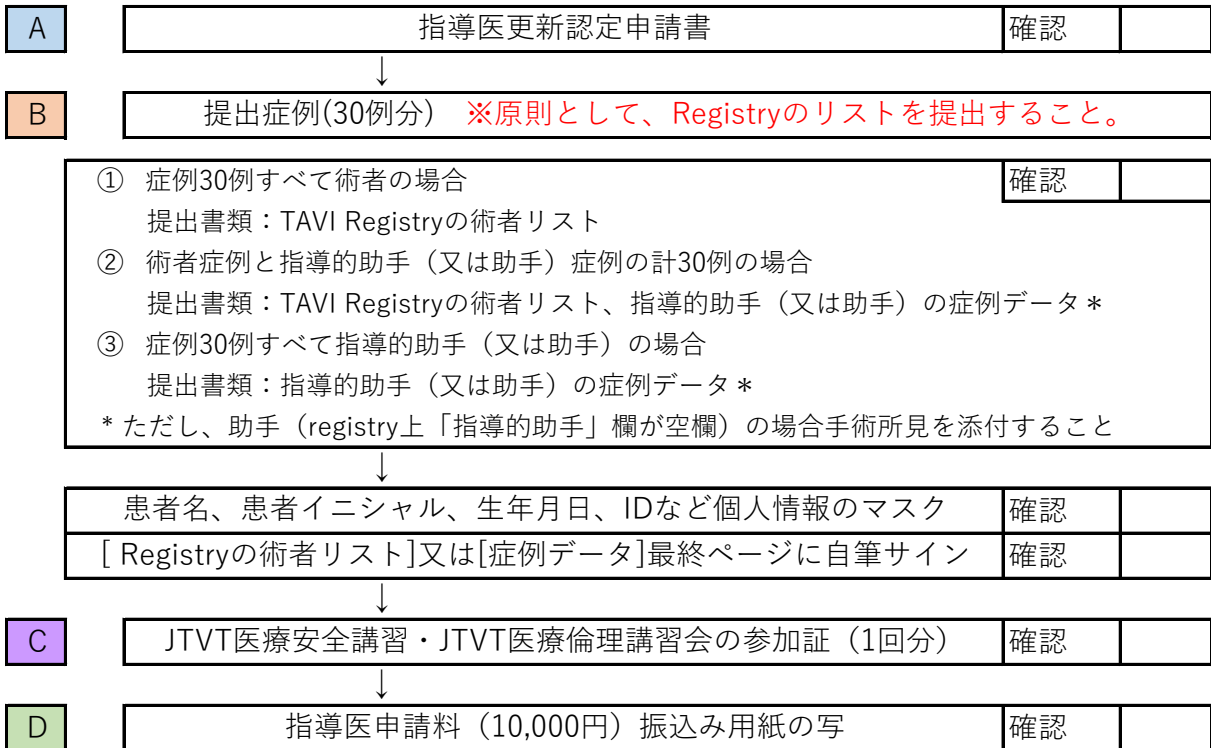
申請書類送付先

※簡易書留など配達記録が残る郵便でお送りください。なお、書類受領の確認は、配達記録をもって替えさせていただきます。

〒650-0034 神戸市中央区京町83番地 三宮センチュリービル3F (株)プロアクティブ内
一般社団法人日本経カテーテル心臓弁治療学会 TAVR認定係 宛

申請書類

※確認欄はご自身でのチェックの際にお使いください。



注意：口座残高が表示された写しを送付される方がいらっしゃいます。

振込時に残高を印字しないように選択するか、印字されている場合はマスクして送付ください

※TAVR認定事務局使用欄

	申請料	TAVR認定事務局	
※	受付日時	受付番号	審査結果
	※	※	※