**一社)日本循環器学会**

**BPA指導医認定申請書**

　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設住所 | 〒　　　‐ |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　　- |
| 申請者氏名 | 印 |
| 診療科 |  |
| E-mail |  |
| 診療科責任者氏名 | 印 |
| E-mail |  |

１．私はBPA実施医である

　　□　はい

　　　※チェックをおねがいします。

２．BPA第１術者もしくは指導的助手として通算500セッション以上の実績を記入ください。ただし、指導的助手として合算するのは150セッションまで。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | セッション数 | 実施施設名 |
| 第1術者 |  |  |
| 指導的助手 |  |  |
|  | | |

※ 500セッションの詳細に関しては、J-BPAにご登録いただいておりますデータを確認いたしますので添付による申告は不要ですが、J-BPAに登録されていないセッションについては、「セッション申告フォーマット」にご記入の上、ご提出をお願いいたします。