

日本心血管インターベンション治療学会
 関東甲信越支部 支部長 殿

日本心血管インターベンション治療学会関東甲信越支部
 運営委員推薦書

フリガナ		性別	男性 ・ 女性
お名前			
ご所属 (部署名まで)			
ご所属先住所 電話・FAX	〒		
	TEL :	FAX:	
E-mail (使用頻度の 高いアドレス) ※必 須※			
最終学歴 入会年月日 専門領域	最終学歴： _____ 大学・大学院 (_____ 年卒)		
	日本心血管インターベンション治療学会 入会年月日 (西暦) 年 月 日		
	専門領域		
推薦者氏名 推薦理由	推薦者氏名：		
	推薦理由：		

項目	書類受領日	提出承認日	就任日
日付			