**第10期日本小児循環器学会認定専門医試験 事務局確認票**

受験番号

　　　　写

　　　 真

4×3ｃｍ

　撮影後３ヶ月以内

正面　脱帽　上半身

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女

**日本小児循環器学会専門医制度委員会**

〒162-0801東京都新宿区山吹町358-5

アカデミーセンター

日本小児循環器学会専門医事務局

--------------------------------------------------------------**(切り離し無効)** ------------------------------------------------------------------

**第10期日本小児循環器学会認定専門医試験 受験票**

受験番号

　　　　写

　　　 真

4×3ｃｍ

　撮影後３ヶ月以内

正面　脱帽　上半身

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女

**日本小児循環器学会専門医制度委員会**

〒162-0801東京都新宿区山吹町358-5

アカデミーセンター

日本小児循環器学会専門医事務局

※**必ずＡ４サイズで印刷し、事務局確認票と受験票と同じ写真を貼り付けの上、氏名を記入してください。**

※**受験番号欄は事務局にて記入致しますので、未記入のままご提出下さい。**

**試験日程：2019年11月3日（日）**

**筆頭試験　(午前)　口答試験　(午後)**

**※詳細なスケジュールは受験票送付の際にご連絡いたします。**

**遠方等の理由で、早めの時間帯(但し午後に限る)の口答試験をご希望の方は、**

**日本小児循環器学会専門医事務局　　jspccs\_sp@bunken.co.jp**

**までメールにてお申出ください。**

**その際、お名前、理由をご明記ください。**