

研修指定施設・研修関連施設認定申請書

(診療科単位での登録可)

年 月 日

日本脈管学会専門医制度委員会 御中

当施設は日本脈管学会認定脈管専門医制度規則第4章第10条に規定する

☐ 研修指定施設・☐ 研修関連施設として認定を申請します (どちらかを選択する)

施設名

施設長氏名

公印

施設住所

〒

都道府県

Homepage
address(URL)

施設TEL.

施設FAX.

修練責任者氏名

印

診療科

(脈管専門医の中で1名を修練責任者として登録して下さい)

修練責任者TEL.

修練責任者FAX.

修練責任者E-Mail

施設内容調書

年 月 日

施設名

☐ 研修指定施設 ☐ 研修関連施設 (どちらかに○印をつけてください)
☐ 新規 ☐ 更新 (どちらかに○印をつけてください)

修練責任者氏名

年間脈管疾患入院数

申請前年 1月～12月
例

研修指定施設は脈管疾患に関する入院が年間100例以上である必要があります(実数を記載のこと)

診療科

脈管専門医

名

診療科

脈管専門医

名

診療科

脈管専門医

名

診療科

脈管専門医

名

指定施設申請の場合、脈管専門医2名以上が常勤し、指導体制が充分である必要があります

CVT

名

CVTが1名以上勤務することが望ましい

研修カリキュラムに基づく研修が

☐ 可能

☐ 不可能

研修カリキュラムに基づく研修が可能である必要があります

研修カリキュラムは http://j-ca.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/senmoni_curriculum.pdf を参照して下さい

血管機能検査および画像検査設備が整っている

☐ はい

☐ いいえ

血管機能検査および画像検査設備が整っている必要があります

脈管専門医・CVT勤務証明書

年 月 日

施設名

☐ 研修指定施設 ☐ 研修関連施設 (どちらかに○印をつけてください)

修練責任者氏名

脈管専門医
認定番号

修練責任者
診療科

脈管専門医 (修練責任者以外)

氏名

診療科

脈管学会認定
脈管専門医認定番号

氏名

診療科

脈管学会認定
脈管専門医認定番号

氏名

診療科

脈管学会認定
脈管専門医認定番号

氏名

診療科

脈管学会認定
脈管専門医認定番号

氏名

診療科

脈管学会認定
脈管専門医認定番号

CVT (CVTは登録番号も記載し、常勤・非常勤に○をつけて下さい)

氏名

登録番号

常勤 ・ 非常勤

氏名

登録番号

常勤 ・ 非常勤

氏名

登録番号

常勤 ・ 非常勤

以上の常勤医師とCVTが勤務して脈管疾患の治療に従事していることを証明します

施設名

施設長氏名

公印

研修関連施設推薦書

年 月 日

日本脈管学会専門医制度委員会 御中

研修指定施設名

研修指定施設
修練責任者氏名

印

下記施設を 日本脈管学会認定脈管専門医制度規則に規定する
研修関連施設として推薦します

記

研修関連施設名

研修関連施設長
氏名

研修関連
施設住所

〒

都道
府県

研修関連施設
修練責任者氏名

(脈管専門医の中で1名を修練責任者として登録して下さい)

研修関連施設承諾書

年 月 日

研修指定施設名

研修指定施設
修練責任者氏名

当施設は日本脈管学会認定脈管専門医制度にもとづき

(研修指定施設名)

の

研修関連施設となることを承諾します

研修関連施設名

研修関連施設長
氏名

公印

研修関連施設
住所

〒

都道
府県

Homepage
address(URL)

研修関連施設TEL.

研修関連施設FAX.

修練責任者変更届

年 月 日

日本脈管学会専門医制度委員会 御中

当施設は、日本脈管学会認定施設の修練責任者を下記の通り変更致します。

登録番号

施設名

☐ 研修指定施設 ☐ 研修関連施設 (どちらかに○印をつけてください)

修練責任者氏名

印

脈管専門医
認定番号

修練責任者
診療科

修練責任者TEL.

修練責任者FAX.

修練責任者E-Mail

脈管専門医 (修練責任者以外を記入。研修指定施設は1名以上を必ず記入のこと。)

氏名 診療科 脈管学会認定
脈管専門医認定番号

氏名 診療科 脈管学会認定
脈管専門医認定番号

氏名 診療科 脈管学会認定
脈管専門医認定番号

氏名 診療科 脈管学会認定
脈管専門医認定番号

氏名 診療科 脈管学会認定
脈管専門医認定番号

認定施設返上届

年 月 日

日本脈管学会専門医制度委員会 御中

登録番号

施設名

施設長氏名

公印

施設住所

〒

都道府県

当施設は、日本脈管学会認定脈管専門医制度規則第12条のうち下記の条件を満たさない為
日本脈管学会認定 ☐ 研修指定施設・☐ 研修関連施設の資格を返上します。(どちらかを選択)

研修指定施設 (該当項目を選択してください)

- ☐ 一、脈管疾患に関する入院が年間100例以上であること
- ☐ 二、脈管専門医2名以上が常勤し、指導体制が充分であること
- ☐ 三、研修カリキュラムに基づく研修が可能であること
- ☐ 四、血管機能検査及び画像検査設備が整っていること
- ☐ 五、施設名の学会ホームページへの掲載を承諾すること
- ☐ 六、辞退 (理由

)

研修関連施設 (該当項目を選択してください)

- ☐ 一、日本脈管学会が指定した研修指定施設と連携を持つこと
- ☐ 二、脈管専門医1名以上が常勤すること
- ☐ 三、研修指定施設と相談の上、研修カリキュラムの一部を受け持つこと
- ☐ 四、血管機能検査及び画像検査設備が整っていること
- ☐ 五、施設名の学会ホームページへの掲載を承諾すること
- ☐ 六、辞退 (理由

)

上記の内容に相違ありません。

修練責任者氏名

印

記入者氏名

印

記入者TEL

記入者E-mail