

研修指定施設・研修関連施設認定更新申請書

(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条に規定する施設認定を以下のとおり申請します。

(該当項目を選択してください)

- ☐ 現在指定を受けている研修指定施設の更新を申請します
☐ 現在指定を受けている研修関連施設の更新を申請します
☐ 現在指定を受けている研修指定施設から研修関連施設への移行を申請します
☐ 現在指定を受けている研修関連施設から研修指定施設への移行を申請します

施設名

施設長氏名

公印

施設
認定番号

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)

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