

日本インターベンショナルラジオロジー学会 専 門 医 更 新 申 請 書

2019年 月 日

日本IVR学会 理事長 殿

このたび日本IVR学会専門医更新単位取得制度に規定する日本IVR学会専門医の更新を受けたく、申請いたします。

会員番号	専門医認定番号		
申請者氏名	印	年 月 日生 (歳)	男・女
勤務先・所属			
□□□-□□□□			
勤務先住所			
TEL:		FAX:	
e-mail:			
□□□-□□□□			
自宅住所			
TEL:		FAX:	

認定証書送付先 (該当するものに○印)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自 宅
------------------------	--

事務局記入欄 (記入しないでください)

受付日 月 日	更新審査料払込日 月 日・ <input type="checkbox"/> 無	総合単位数	判定結果	<input type="checkbox"/> 更新可 <input type="checkbox"/> 認定猶予 <input type="checkbox"/> 単位不足 (単位)	専門医更新年月日 年 月 日
------------	---	-------	------	--	-------------------

日本 IVR 学会専門医更新申請に関する単位取得証明書

1. 日本 IVR 学会 総会への出席状況

(認定単位数：各 20 単位)

総会 年 度	第 48 回 (2019 年)	第 47 回 (2018 年)	第 46 回 (2017 年)	第 45 回 (2016 年)	第 44 回 (2015 年)	合計単位数
学会出席						(a) 計 単位

注 1)：該当する個所に○印を付し、出席証明書（原本）を添付すること。 (必須：20 単位以上、上限なし)

注 2)：日本 IVR 学会総会への出席は 1 回以上とする(必須)。

2. 関連研究会（旧地方会）・夏季学術セミナーへの出席状況

(認定単位数：各 10 単位)

対象期間：2014 年 9 月 1 日～2019 年 8 月 31 日

ただし、初回更新の方の有効期間は 2014 年 12 月 1 日～2019 年 8 月 31 日

関連研究会（旧地方会）名・学術セミナー	開催年度 第 回	開催地	単位数
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

注：出席証明書（原本）を添付すること。

(b) 計 単位

(a)+(b)= 合計 _____ 単位※

※上記 1. 総会 ならびに 2. 関連研究会(旧地方会)・夏季セミナーへの参加を併せて必ず 40 単位以上取得すること。

3. 国際学会への出席状況

対象期間：2014年9月1日～2019年8月31日

ただし、初回更新の方の有効期間は2014年12月1日～2019年8月31日

(認定単位数：各10単位)

国際学会	開催年度 第 回	開 催 地	単位数

注：出席証明書あるいはそれに準ずるもの（例：ネームカード）の原本を添付すること。

国際学会 計 _____ 単位
(上限なし)

4. その他の学術集会出席状況

対象期間：2014年9月1日～2019年8月31日

ただし、初回更新の方の有効期間は2014年12月1日～2019年8月31日

(単位数については別表参照)

学会，研究会	開催年度 第 回	開 催 地	単位数
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

注：出席証明書あるいはそれに準ずるもの（例：ネームカード）の原本を添付すること。

その他の学術集会 計 _____ 単位
(上限なし)

5. IVRに関する論文発表（業績目録）

対象期間：2014年9月1日～2019年8月31日

ただし、初回更新の方の有効期間は2014年12月1日～2019年8月31日

題名 (筆頭共著の別)	雑誌名	巻：頁～頁 (年)	単位数
1. (筆・共)			
2. (筆・共)			
3. (筆・共)			
4. (筆・共)			

注1)：学術雑誌に掲載されたIVRに関する論文に限る。(論文発表による申請単位の上限は20単位までとする)

第一著者10単位，第二著者以降5単位とする。原著論文，症例報告，総説は問わない。

注2)：論文名及び著者名が記されているページのコピーを添付すること。

論文単位数 計 _____ 単位
(上限 20 単位)

6. 日本IVR学会総会・発表に関して

(筆頭発表者5単位，第二以降3単位，但し上限20単位までとする)

	演題名	筆頭・第二以降 (○印)
第44回 (2015年)		筆頭・第二以降
第45回 (2016年)		筆頭・第二以降
第46回 (2017年)		筆頭・第二以降
第47回 (2018年)		筆頭・第二以降
第48回 (2019年)		筆頭・第二以降

発表単位数 計 _____ 単位
(上限 20 単位)

7. IVR 臨床症例 (3 例を 1 単位とする。但し上限は 40 単位までとする)

下記見本をご参照の上、ホームページからフォーマットをエクセルで出力し A4 サイズで添付してください。なお、アミカケ部分の患者データは、委員会の要望に応じていつでもデータを提出できること。

対象期間：2014 年 9 月 1 日～2019 年 8 月 31 日

ただし、初回更新の方の有効期間は 2014 年 12 月 1 日～2019 年 8 月 31 日

申請者氏名				所属							
No	施設名	IVR 施行日(西暦)		患者				診断名	IVR の種類	術者	第一助手
				患者 ID	イニシャル	生年月日 (西暦)	年齢				
	〇〇医大	2015 年	8 月 1 日					M	HCC	TAE	○

IVR 専門医更新には、上記 1～7 の合計単位数 100 単位以上が必要です。