**日本ＩＶＲ学会専門医修練施設申請書（更新）**

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日

 　　　　　　　　　　　　　　　申請専門医名: 印

Tel 　　　　　　　　　　　Fax

E-mail

記入者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

Ｉ．修練施設　　　　　　　　　　修練認定番号

1. 施設名（日本語）

施設名（英語）

　　所在地　（〒　　　　）

　　施設責任者（院長）

　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　印

1. 当該専門医全員の氏名・認定番号および在籍期間をご記入下さい（但し３名以上専門医がいる施設は3名まで記入）。

　　ＩＶＲ専門医名　　　　　　　　（専門医認定番号　　　　　在籍期間：　　年　　月〜　　年　　月）

　　ＩＶＲ専門医名　　　　　　　　（専門医認定番号　　　　　在籍期間：　　年　　月〜　　年　　月）

　　ＩＶＲ専門医名　　　　　　　　（専門医認定番号　　　　　在籍期間：　　年　　月〜　　年　　月）

３．施設の経営団体、経営母体

４．施設の性格（該当項目の数字を○で囲む）

* 1. 総合病院
	2. 特定の診療科を掲げる病院　科目（　　　　　　　　　　　　）
	3. 特定の疾患を対象とする病院　疾患（　　　　　　　　　　　）
	4. 診療所・医院　　　標榜科目（　　　　　　　　）
	5. その他

５．病床数

全病床数　（　　　　　）うち、ＩＶＲに使用される病床数　（　　　　）

　（備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

II．ＩＶＲ修練施設

1. 放射線部門職員数

常勤医師 　　名 　　放射線技師　　　　　名 　　 看護師 　　名

1. ＩＶＲを施行する常勤医師数　　　　名

　　その内訳（所属科　　　　　　人数　 　名　　所属科　　　　　　人数　 　名　　　所属科　　　　　　人数 　　名）

　　　　　　　　（所属科　　　　　　人数　 　名　　所属科　　　　　　人数　 　名　　　所属科　　　　　　人数 　　名）

３．設備概要

* 1. 血管造影室

　　血管撮影装置　　　　　台（メーカー名と機種名、形式、製造年：台数分記入下さい）

２）　Ｘ線テレビ装置　　　　台（IVRに使用する装置。メーカー名機種名、と形式、製造年：台数分記入下さい）

1. IVRに用いる超音波装置　　　　　台（メーカー名と機種名、形式、製造年：台数分記入下さい）
2. IVRに用いるＣＴ装置　　　　台

（メーカー名と機種名、形式、製造年：台数分記入下さい。IVR-CTの場合は血管撮影装置の所に形式でIVR-CTとご記入下さい）

1. その他のＩＶＲに用いる装置　（メーカー名と機種名、形式、製造年：台数分記入下さい）

４.　IVR専門医が出席するカンファレンス・抄読会等