

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

2. 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

2. 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)

3) 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)

4) 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)

5) 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