

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)

公印

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X線テレビ装置 台 (メーカー名と機種名、形式、製造年:台数分記入下さい)

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の場合は血管造影装置の所に形式でIVR-CTと記入下さい)

5)IVRに用いるその他の装置 (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