**日本ＩＶＲ学会専門医修練施設申請書（変更）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日：　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　申請者:

Tel 　　　　　　　　　　　Fax

E-mail

修練認定番号

**以下の変更箇所のみ記入してください**

Ｉ．修練施設

1. 施設名（日本語）

　　施設名（英語）

　　　　所在地　（〒　　　　）

　　　施設責任者（院長）

　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　公印

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：西暦　　　年　　月〜　　年　　月）　代表専門医

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

　　ＩＶＲ専門医名　　　　　　　　（専門医認定番号　　　　　在籍期間：西暦　　　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

**以下は移転・統合などで新しい施設となった場合のみ記入してください**

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