|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **日本心血管インターベンション治療学会** | | |
| **1.第4回ITE試験申請　表紙** | | |
| **コメディカル委員会** | | |
| **申請者情報** | |
| **会員番号** |  |
| **氏名** |  |
| **所属先** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **事務局使用欄** | |
| **事務局書類確認日** |  |
| **事務局精査終了日** |  |
| **委員審査終了日** |  |
| **委員会最終判定日** |  |

心血管インターベンション技師制度（ITE）

第4回認定試験　チェックリスト

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名： | 会員№ ： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出する申請書類 | 申請者  チェック欄 | 事務局使用欄 |
| **1.　第4回ITE試験申請表紙および、チェックリスト（本紙）** |  |  |
| **2.　経験症例申請書　※Excelファイルでご提出ください** |  |  |
| ①　5年間に200例以上の心血管インターベンション治療補助経験がある |  |  |
| ②　①の5年間とは申請日から遡って5年間である |  |  |
| ③　200例の治療補助経験の内、過半数の100例以上が冠動脈形成術（PCI）の治療補助経験である |  |  |
| ④　①に検査症例は含まれていない |  |  |
| ⑤　①の症例施行日は証明者（CVIT専門医・名誉専門医・認定医）の認定期間内である |  |  |
| ⑥　パスワードは解除していない |  |  |
| **3.　証明者証明書**  スキャンデータまたはカメラの画像で提出する |  |  |
| ①　証明者の署名は直筆である |  |  |
| ②　「経験症例申請書」の症例証明者（医師）と同一人物である |  |  |
| **4.　申請者の顔写真**  申込時３ヵ月以内に撮影、無帽、無背景（影を含む）で本人確認が取れる  ものである |  |  |
| **5.　第5回もしくは第6回ITE講習会を受講証**  スキャンデータまたはカメラの画像で提出する | 講習会参加  　第5回  　第6回 |  |
| **6.　臨床工学技士もしくは臨床検査技師の資格免許証**  スキャンデータまたはカメラの画像で提出する |  |  |
| ①　臨床工学技士または臨床検査技師としての職務経験が満3年以上である |  |  |
| **7.　希望する試験会場** | 試験会場  　東京会場  　大阪会場 |  |
| **8.　第4回ITE資格申請フォームの登録を完了している**  [**https://ws.formzu.net/fgen/S88245435**](https://ws.formzu.net/fgen/S88245435) |  |  |