日本心血管インターベンション治療学会

研修施設群基幹施設(CVIT研修施設)申請書

年　　　月　　　日

一般社団法人　日本心血管インターベンション治療学会

専門医認定医制度審議会　委員長　殿

施設名：

施設代表医氏名：　　　　　　　　　　　　　印

日本心血管インターベンション治療学会認定研修施設群基幹施設について、以下のとおり、申請致します。

＜可能連携施設数＞

　　　　　施設（2頁と3頁の合計）

＜施設概要＞

* 施設名称：
* CVIT施設認定番号：

施設番号の検索はこちらから：<http://www.cvit.jp/search_fac/>

* 施設長氏名：
* CVIT施設代表医氏名：
* 施設郵便番号：〒
* 施設住所：

（都道府県から記載）

* 施設電話番号：

＜施設群指導医可能な専門医＞

既に構成している施設も、年ごとに申請が必要です。原則として、構成施設群は、次年度以降も維持するため、基幹施設は、現在構成中の連携施設数を考慮した上で連携可能な施設数を判断し基幹施設申請を行ってください（現在構成中の連携施設数を含めた連携可能数を以下に記載）。

可能専門医人数合計：　　　　　名（以下1.以降の人数の合計を記入）

可能連携施設数合計：　　　　施設（以下1.以降の可能連携施設数を記入）

1. 専門医氏名：

専門医認定番号：

専門医会員番号：

可能連携施設数：　施設（うち既に構成中の施設数　　施設）

可能担当（指導）県またはエリア（複数可）：

1. 専門医氏名：

専門医認定番号：

専門医会員番号：

可能連携施設数：　施設（うち既に構成中の施設数　　施設）

可能担当（指導）県またはエリア（複数可）：

1. 専門医氏名：

専門医認定番号：

専門医会員番号：

可能連携施設数：　施設（うち既に構成中の施設数　　施設）

可能担当（指導）県またはエリア（複数可）：

1. 専門医氏名：

専門医認定番号：

専門医会員番号：

可能連携施設数：　施設（うち既に構成中の施設数　　施設）

可能担当（指導）県またはエリア（複数可）：

1. 専門医氏名：

専門医認定番号：

専門医会員番号：

可能連携施設数：　施設（うち既に構成中の施設数　　施設）

可能担当（指導）県またはエリア（複数可）：

※記載欄が不足している場合はコピーしてご提出ください。

＜施設群指導医可能な名誉専門医＞

可能名誉専門医人数合計：　　　　名（以下1.以降の人数の合計を記入）

可能連携施設数合計：　　　　　施設（以下1.以降の可能連携施設数を記入）

1. 名誉専門医氏名：

名誉専門医認定番号：

名誉専門医会員番号：

可能連携施設数：　施設（うち既に構成中の施設数　　施設）

可能担当（指導）県またはエリア（複数可）：

1. 名誉専門医氏名：

名誉専門医認定番号：

名誉専門医会員番号：

可能連携施設数：　施設（うち既に構成中の施設数　　施設）

可能担当（指導）県またはエリア（複数可）：

1. 名誉専門医氏名：

名誉専門医認定番号：

名誉専門医会員番号：

可能連携施設数：　施設（うち既に構成中の施設数　　施設）

可能担当（指導）県またはエリア（複数可）：

1. 名誉専門医氏名：

名誉専門医認定番号：

名誉専門医会員番号：

可能連携施設数：　施設（うち既に構成中の施設数　　施設）

可能担当（指導）県またはエリア（複数可）：

1. 名誉専門医氏名：

名誉専門医認定番号：

名誉専門医会員番号：

可能連携施設数：　施設（うち既に構成中の施設数　　施設）

可能担当（指導）県またはエリア（複数可）：

※記載欄が不足している場合はコピーしてご提出ください。

＜CVIT研修施設群承諾書＞

年　　　月　　　日

一般社団法人　日本心血管インターベンション治療学会

理事長　　　　　殿

施設名：　　　　　　　　　　　　　印

施設長氏名：　　　　　　　　　　　　　印

※病院の公印・法人印としてください

当施設は、日本心血管インターベンション治療学会研修施設群制度の趣旨を理解し、研修施設群基幹施設として申請および活動することを承諾します。