日本心血管インターベンション治療学会

研修施設群連携施設申請書

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：

施設代表医となる者の氏名：　　　　　　　　　　　　　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連携施設について、以下のとおり、申請致します。

＜希望基幹施設＞

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、前年までに構成していた基幹施設を選択してください。やむを得ない事情により、第一希望を変更する場合は、その理由を記載してください。

【第1希望】

希望する基幹施設名称：

希望する基幹施設のCVIT施設認定番号：

前年まで構成していたか：

①連携施設申請自体新規、②構成していた、③構成していない

上記③の場合の前年まで構成していた施設と違う施設を希望する理由：

【第2希望】

希望する基幹施設名称：

希望する基幹施設のCVIT施設認定番号：

前年まで構成していたか：

①連携施設申請自体新規、②構成していた、③構成していない

【第3希望】

希望する基幹施設名称：

希望する基幹施設のCVIT施設認定番号：

前年まで構成していたか：

①連携施設申請自体新規、②構成していた、③構成していない

＜申請施設概要＞

* 施設名称：
* 施設長氏名：
* 施設代表医となる者の氏名：
* 施設代表医となる者の所属部署名：
* 施設代表医となる者のE-mail：
* 施設郵便番号：〒
* 施設住所（都道府県から記載）：
* 施設電話番号：
* レジストリー登録状況：2018年1月1日以降の施行症例について、全例をJ-PCIレジストリーに登録している・申請中である（いずれかを○で囲む）

（注意）NCD参加登録していない施設は申請できません。

NCD診療科長名：

＜所属するCVIT認定医＞

所属CVIT認定医人数合計：　　　　　名（以下1.以降のCVIT認定医数を記入）

（うち、CVIT専門医資格取得希望の認定医人数合計：　　　　　名）

1. CVIT認定医氏名：

認定番号：

会員番号：

CVIT専門医資格取得希望の有無：　有　・　無

1. CVIT認定医氏名：

認定番号：

会員番号：

CVIT専門医資格取得希望の有無：　有　・　無

1. CVIT認定医氏名：

認定番号：

会員番号：

CVIT専門医資格取得希望の有無：　有　・　無

※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研修施設群連携承諾書＞

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：

※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、研修施設群連携施設として申請および活動することを承諾します。