日本心血管インターベンション治療学会

2020年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＞

【第1希望】

希望する基幹施設名称：

CVIT施設認定番号：X

【第2希望】

希望する基幹施設名称：

CVIT施設認定番号：X

【第3希望】

希望する基幹施設名称：

CVIT施設認定番号：X

|  |
| --- |
| ＜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：2017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：　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |
| --- |
| ＜所属するCVIT専攻医（認定医）＞ |
|  | **CVIT専攻医（認定医）氏名** | **会員番号** | **2019年専門医新規申請予定** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

※申請書が不足している場合はコピーしてご提出ください。

※CVIT認定医資格をお持ちで、今後、専門医資格取得を目指す医師を記載してください。なお、専門医資格取得をご希望でない場合、記載は不要です。

＜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　伊苅　裕二　　　　　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、研修施設群連携施設として申請および活動することを承諾します。