|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **年** | **月** | **日** |

日本心血管インターベンション治療学会

**日本心血管インターベンション治療学会（CVIT）**

**専門医認定医制度資格更新単位取得ライブ認定申請書**

ライブ委員会　委員長　殿

以下のライブは認定基準を満たしておりますので、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資格更新単位取得ライブとして認定いただけますよう、ここに申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **施設名** |  | |
| **申請者** |  | |
| ライブの名称 |  | | | |
| 開催責任者名  □に✓をしてください。 | 施設名：  CVIT研修施設、研修関連施設である  氏名：  心血管カテーテル治療専門医または名誉専門医、名誉会員である  当ライブデモンストレーションでは、CVITライブデモンストレーションに関する指針を理解し、遵守することを誓約します。  なお、本指針から著しく逸脱、もしくは手技に関連する死亡事故が発生したときは、CVIT事務局へ連絡し、監査を受けることに同意します。 | | | |
| 開催責任者の所属するCVIT支部名： | | | |
| 実施責任者  ＊ライブ開催責任者と実施責任者が異なる場合に記載  □に✓をしてください。 | 施設名：  CVIT研修施設、研修関連施設である  氏名：  心血管カテーテル治療専門医または名誉専門医、名誉会員である | | | |
| ライブの内容  □に✓をしてください。 | PCI　　　PAD | | | |
| 会期 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | |
| PCIライブ日程  会期中のうちライブをする日程をご記入下さい | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日  ライブプログラムの時間：　　　　　　時間 | | | |
| PADライブ日程会期中のうちライブをする日程をご記入下さい | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日  ライブプログラムの時間：　　　　　　時間 | | | |
| 会場 |  | | | |
| スポンサー | メーカー単独主催、もしくはメーカー単独共催の会ではない | | | |
| ライブ中継施設  **（2.3.4添付必須）**  □に✓をしてください。  4.5はどちらかに✓をしてください。 | （施設名①） | | | |
| 1.CVIT研修施設、研修関連施設である | | | 2.ライブの特殊性を考慮したICあり |
| 3.倫理委員会の承認あり | | | 4.ホームページ,Web等に掲載に関する同意書あり |
| 5.ホームページ,Web等に掲載はしない | | |  |
| （施設名②） | | |  |
| 1.CVIT研修施設、研修関連施設である | | | 2.ライブの特殊性を考慮したICあり |
| 3.倫理委員会の承認あり | | | 4.ホームページ,Web等に掲載に関する同意書あり |
| 5.ホームページ,Web等に掲載はしない | | |  |
| （施設名③） | | |  |
| 1.CVIT研修施設、研修関連施設である | | | 2.ライブの特殊性を考慮したICあり |
| 3.倫理委員会の承認あり | | | 4.ホームページ,Web等に掲載に関する同意書あり |
| 5.ホームページ,Web等に掲載はしない | | |  |
| 連絡先  （申請書に関する問合せ先）  □に✓をしてください。 | (担当者名) | | | |
| (住所) | | | |
| (電話)　　　　　　　　　　　　(e-mail) | | | |
| 施設に送付済（　　　年　　月　　日現在） | | | |
| CVITから宛名ラベルを購入（　　　年　　月　　日現在） | | | |

（申請に必要な添付資料）

ライブ案内状1部、ライブ案内状送付施設名一覧※、倫理委員会承認書(写)１部、患者同意書(写)1部、ホームページ,Web等掲載に関する同意書1部

※ 宛名ラベルを購入した場合は、「宛名ラベル作成依頼用紙(写)」で申請可　※ 終了報告書が未提出のライブは次年度の申請は認めません。