日本門脈圧亢進症学会技術認定教育施設　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

書式-1

※ 申請番号：

※は記入しないで下さい

申請書

年　　月　　日

日本門脈圧亢進症学会理事長　吉田　寛　殿

　日本門脈圧亢進症学会技術認定教育施設の認定を申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 申請施設名 | 関連科名※1：消化器外科(　　)  　　　　　　消化器内科(　　)  　　　　　　救急科(　　)  　　　　　　放射線科(　　) | | |
| フリガナ | 姓 | 名 |  |
| 申請施設長  氏　　　名 |  |  |
| 施設住所 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　FAX: | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日本専門医機構基本領域プログラムの基幹施設またはその連携施設である資格※2 | | | | |
| 領域名  および  施設基準 | | □基幹施設　・　□連携施設　　　　（該当施設の□を■に変更ください） | | |
| プログラム名 | |  | | |
| 日本門脈圧亢進症学会技術認定取得者 | | | | |
| 氏　名 |  | | 認定番号 | － |

上記施設資格証（写）および日本門脈圧亢進症学会技術認定取得医認定証（写）を添付してください。

※1：関連する科に○を記入してください（記載例：消化器内科（○））。

※2：複数領域取得している場合は一つだけ記載してください（記載例：日本外科学会・基幹施設）。

　日本門脈圧亢進症学会技術認定教育施設

書式-2

施設活動証明書

門脈圧亢進症診療に関する診療実績について、以下に過去３年間の治療件数を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 静脈瘤（異所性静脈瘤を含む）に対する治療 | 内視鏡 | 件 |
|  | IVR | 件 |
|  | 手術 | 件 |
| 2. シャント脳症に対する治療 | IVR | 件 |
|  | 手術 | 件 |
| 3. 脾機能亢進症に対する治療 | IVR | 件 |
|  | 手術 | 件 |
| 4. 難治性腹水に対する治療 | IVR | 件 |
|  | 手術 | 件 |
| 5. その他（PHGなど)に対する治療 | 内視鏡 | 件 |
|  | IVR | 件 |
|  | 手術 | 件 |
| 計 |  | 件 |

以上のように、当施設において門脈圧亢進症診療を行っていることを証明いたします。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 施設長

氏名

所属

日本門脈圧亢進症学会技術認定教育施設

書式-3

申請書類確認書

チェック欄が未記載の場合は書類審査時に書類不備とみなされ再提出対象となります。

□を■に変更ください。

□　（書式1）申請書

□　　基幹もしくは連携施設資格証（写）

　　□　　日本門脈圧亢進症学会技術認定取得医認定証（写）

□　（書式2）施設活動証明書

　　□　 申請料金10,000円の払込受領書のコピーなど

日本門脈圧亢進症学会技術認定教育施設の認定を申請いたしたく、以上の書類を漏れなく提出致します。

また、これらの書類の内容には一切偽りはありません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

氏名

所属

基幹もしくは連携施設資格証（写）

日本門脈圧亢進症学会技術認定取得医認定証（写）

申請料金10,000円の払込受領書のコピーなど