

心臓血管外科専門医認定機構認定修練施設申請
新規／更新共通 提出様式チェックリスト

施設名

修練責任者氏名

記入日

年

月

日

該当の番号ひとつに ✓

- 1 単独施設で基幹施設として修練医を受け入れて研修している病院
様式1, 2, 3, 4 (なしと記入ください)、4-1, 4-2, 4-3, 4-4, 7
- 2 修練医を受け入れ、基幹施設として修練に責任を持ち、関連病院への派遣・ローテーションを行っている基幹施設
様式1, 2, 3, 4, 4-1, 4-2, 4-3, 4-4 (関連施設を含めてのカリキュラム), 7
- 3 100例ルールでは基幹施設に該当するが、修練医修練においては修練をコントロールする基幹施設の傘下で関連病院としての役割を果たしている施設
様式1, 2 (基幹施設にチェック), 3, 7
- 4 50例ルールで関連施設に該当し、修練医の修練を基幹施設と共に行っている施設
様式2 (関連施設にチェック), 3, 5, 6, 7

※※赤字で示した以外の様式番号は、提出の必要はございません。※※

なお、様式4に書かれています専攻医数というのは修練医数のことですので読み替えてご記入ください。

※この用紙は、申請書類一式と一緒に提出して下さい。※