【日本血管外科学会】

JAPAN Critical Limb Ischemia Database (JCLIMB)　参加申込用紙

※送付先※　日本血管外科学会事務局：[jsvs@jhf.or.jp](mailto:jsvs@jhf.or.jp)

1. 病院名：
2. 診療科名：
3. 診療科長名：
4. JCLIMB登録責任者名：

登録責任者連絡先 メールアドレス：

電話番号：

FAX番号：

1. 病院住所：

〒

1. 施設詳細（複数選択可）

※該当するいずれかに○印をつけてください。

（　）心臓血管外科専門医認定機構　基幹施設

（　）心臓血管外科専門医認定機構　関連施設

（　）脈管専門医　指定施設

（　）脈管専門医　関連施設

（　）上記以外

７，　NCD登録診療科名：

JCLIMB 登録を行う場合には、NCD登録施設であることが必要になります。

NCD登録診療科名については、症例登録システムTOP上部にある「施設診療科」に表示されている名称をご記入ください。

８，　施設名の公開：※該当するいずれかに○印をつけてください。

◯日本血管外科学会ホームページ・学会誌のJCLIMB参加施設リストに病院名・　診療科名を公開することについて

（　）承諾します

（　）承諾しません

◯フォローアップ入力率一覧送付時に施設名を開示すること

　※入力の締切をお知らせする際に、参加施設に一斉配信にて全施設の入力率一覧をお知らせしております。

（　）承諾します

（　）承諾しません