透析バスキュラーアクセスインターベンション治療医学会
外科・血管外科専門施設（または専門診療科）医療連携申告書

（申請書類F）

一般社団法人　透析バスキュラーアクセスインターベンション治療医学会
理事長　宮田　昭　殿

※申請者自書

記入日　西暦　　年　　月　　日

下記内容で申請致します。

所属施設名 （正式名称）		都道府県名 ※施設の所在地
専門領域 （診療科）		
外科・血管外科との連携 （確立している場合、□に✓を記入）	□　当施設は、外科・血管外科専門施設（または専門診療科）との連携を予め確立しています ※連携施設とは、ステントグラフトのマイグレーション、中枢静脈の損傷等に外科的に対応可能な施設（自施設を含む）のことをいう	
連携先医療機関名 ※複数可		

事務局記入欄

受取日	
担当者印	