<별지서식 2-1>

**뇌혈관내수술 인증기관 신청서**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 신청구분 | 신규 □ | | 갱신 □ | 인증기관번호(갱신시) |  |
| 신청기관 | 기관명 |  | | 대표전화 |  |
| 주소 |  | | 우편번호 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 담당 인증의 | 성명 |  | 소속과 및 직위 |  |
| 전화 |  | 휴대전화 |  |
| 팩스 |  | 이메일 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 시설 및 장비 | 뇌혈관조영실 | □ 유 / □ 무 | 개소 |
| 혈관조영기 | □ 유 / □ 무 |  |
| 3D혈관조영가능 | □ 유 / □ 무 |  |
| 초음파 | □ 유 / □ 무 |  |
| 환자감시장치 | □ 유 / □ 무 |  |
| 응급소생술kit | □ 유 / □ 무 |  |
| 중환자실 | □ 유 / □ 무 | 병상 |
| CT | □ 유 / □ 무 |  |
| MRI | □ 유 / □ 무 |  |
| 전신마취 | □ 가능 / □ 불가능 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 인력정보 | 뇌혈관내수술 인증의 | 명 |
| 뇌혈관질환 개두술 신경외과 전문의 | 명 |
| 혈관조영실 전담 방사선사 | 명 |
| 혈관조영실 전담 간호사 | 명 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 뇌혈관질환 개두술 | 뇌혈관내수술 |
| 진료실적 (신규 신청) | 신청 전년도 | 례 | 례 |
| 진료실적 (갱신 신청) | 1년차 | 례 | 례 |
| 2년차 | 례 | 례 |
| 3년차 | 례 | 례 |
| 4년차 | 례 | 례 |
| 5년차 | 례 | 례 |
| 총계 | 례 | 례 |
| 평균 | 례 | 례 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 뇌혈관내수술 인증기관 자격 인정기준에 동의하며 인증기관을 신청합니다.  20 년 월 일  신청 기관명 (또는 대표자명) (날인)  대한뇌혈관내수술학회 회장 귀하 | | | | | |
|  | 인증위원회 | 심의일 |  | 인증위원 |  |
| 심의 | 상임이사회 | 심의일 |  | 상임이사회장 |  |
|  | 기타 |  |  |  |  |