（様式T3-1）

指 導 医 基 準 審 査（胸部・初回）申 請 書

西暦 ＿＿ 年 ＿ 月 ＿ 日

関連10学会構成
日本ステントグラフト実施基準管理委員会　御中

私は、企業製造ステントグラフトによる胸部大動脈瘤治療の指導医基準（初回）について審査を申請します。

申請者氏名

漢字 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

ローマ字 ＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿ 年 ＿ 月 ＿ 日

勤務施設 ＿＿＿＿＿＿＿＿

所属 ＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 〒 ＿＿ － ＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿ FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿

E-Mail ＿＿＿＿＿＿＿＿

自宅住所 〒 ＿＿ － ＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿

最終学歴 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 大学 ＿＿ 年 ＿ 月卒業

＿＿＿＿＿＿＿＿ 大学院 ＿＿ 年 ＿ 月修了

医籍登録年月日 ＿＿ 年 ＿ 月 ＿ 日　医籍登録番号 ＿＿＿＿＿＿

指導医基準（初回申請者）

1) 申請機種の実施医証明書を取得している　No. T ＿＿＿＿＿＿

2) 術者として胸部ステントグラフト（自作を含む）内挿術を20例以上経験している ＿＿＿＿ 例

3) 術者として指導対象の ＿＿＿＿ を用いた内挿術を10例以上経験している ＿＿＿＿ 例

4) 下記のいずれかの認定医あるいは専門医の資格を有している　（○を記入する）

- ☐ 日本心血管インターベンション治療学会認定医（No. ＿＿＿＿）
- ☐ 日本IVR学会専門医（No. ＿＿＿＿）
- ☐ 日本脈管学会認定脈管専門医　（No. ＿＿＿＿）
- ☐ 心臓血管外科専門医　（No. ＿＿＿＿）
- ☐ 心臓血管外科専門医が在籍する施設に勤務する外科専門医　（No. ＿＿＿＿）

付記：前回申請時と勤務先等に変更がある場合には、変更届け（様式T7）も併せて提出すること。