

(様式T4-1)

指導医基準審査(別機種)申請書(胸部)

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、下記のステントグラフトについて胸部大動脈瘤治療の指導医基準を満たしているのでここに指導医基準(別機種)の審査を申請します。

申請者氏名

漢字

印

ローマ字 勤務施設 所属 所在地 〒 - TEL FAX E-Mail 自宅住所 〒 - TEL

指導医基準(既得者)

1) 指導医証明書番号(既に取得している機種に✓し証明書番号を記入すること)

Zenith TX2 (TD: <input type="text"/>)	Talent (TD: <input type="text"/>)	Relay (TD: <input type="text"/>)	
Gore TAG (TD: <input type="text"/>)	Valiant (TD: <input type="text"/>)		

2) 新たに指導する を用いた治療を術者として5例以上経験している3) 上記申請機種の実施医証明書 (No. T) を取得しているホームページに氏名を公開することを 承諾します 承諾しません書類送付先 勤務施設 自宅

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。