

(様式A1-1)

腹部実施医基準基礎経験審査 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腹部大動脈瘤治療の実施医基準についての基礎経験審査を申請します。

申請者氏名

漢字 印ローマ字 生年月日 年月日勤務施設※
※勤務施設は必ず正式名称をご記入ください。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

実施医基準（基礎経験）

- 1) 腸骨動脈領域の血管内治療を、術者として5例および第一助手として15例（EVARあるいはTEVARの第一助手も認める）の合計20例以上経験していること。 術者 例
助手 例
- 2) 腹部大動脈・腸骨動脈瘤の治療（手術あるいはステントグラフト内挿術）を術者または助手として10例以上経験している。 例

書類送付先 勤務施設 自宅事務局記入欄 A

(様式A1-2)

履 歴 書

西暦 年 月 日

申請者氏名

漢字 ローマ字 生年月日 年 月 日 性別 男 女

医師免許取得後からの経歴と職歴

<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>

所属学会

<input type="text"/>	<input type="text"/>

認定医・専門医（必須項目ではない）

<input type="checkbox"/>	日本心血管インターベンション治療学会認定医	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科専門医	<input type="checkbox"/>	外科専門医
<input type="checkbox"/>	日本IVR学会専門医	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科専門医	<input type="checkbox"/>	外科専門医
その他	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(様式A1-3)

手術・手技記録表紙

腸骨動脈領域の血管内治療

20症例（術者5例、第一助手15例）以上

※記録は術者5例、第一助手15例の順番にて並び替えの上、ご提出ください。

この表紙を使用して
手術・手技記録のコピー（患者氏名、生年月日を削除すること）を実施日順に綴る

施設（部署）責任者証明

ここに添付された手術・手技記録のコピーは、当施設に保存されている記録原本と相違ないことを証明します。

記載日（西暦） 年月日施設名 部署 責任者署名 _____

実施施設が異なる場合に記入すること

記載日（西暦） 年月日施設名 部署 責任者署名 _____

(様式A1-4)

手術・手技記録 表紙

腹部大動脈・腸骨動脈瘤の治療（手術あるいはステントグラフト内挿術）

10症例以上

この表紙を使用して
手術・手技記録のコピー（患者氏名、生年月日を削除すること）を実施日順に綴る

施設（部署）責任者証明

ここに添付された手術・手技記録のコピーは、当施設に保存されている記録原本と相違ないことを証明します。

記載日（西暦） 年 月 日施設名 部署

責任者署名 _____

印

実施施設が異なる場合に記入すること

記載日（西暦） 年 月 日施設名 部署

責任者署名 _____

印