

(様式A3-1)

腹部指導医基準審査申請書

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指導医基準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・大学院

年

月

卒業

医籍登録年月日

年月日

医籍登録番号

指導医基準

1) 申請機種の実施医証明書を取得している

No. A

2) 術者あるいは第一助手としてステントグラフト内挿術を30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 () 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所属する施設に勤務する外科専門医 (No.)