

(様式A6)

実施施設基準変更届(腹部)

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

当施設は、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施設基準のうち下記項目の変更(返上)をお届けいたします。

施設名	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
施設長名	<input style="width: 80%;" type="text"/>	公印	
〒	<input style="width: 40%;" type="text"/>	-	<input style="width: 40%;" type="text"/>
施設住所	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
TEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
FAX	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
実施施設登録番号	HA	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

変更する項目

- 設備・人員 手術室または血管撮影室にDSA装置が常設されており、大血管手術が可能な体制がある。
- 手術実績 腹部大動脈瘤10例を含む血管外科手術や血管内治療を年間30例以上施行している。
- 外科の協力 腹部大動脈瘤破裂手術を3例以上経験している常勤外科医の迅速な対応が得られる。
- 追跡調査の協力 使用後の追跡調査に協力している
- 施設・施設名称

変更前名称 変更後名称

必須条件

- ・医師(外科、麻酔科)、看護師、臨床工学技師を含めたスタッフおよび医療業務が全て継承されていること。
- ・手術室または血管撮影室のDSA装置が全て継承されているか、もしくは同等以上の機器が新設されていること。

施設証明の返上

 上記の項目を満たさないため実施施設証明を返上する

(該当項目に○を記入してください)

上記の内容に相違ありません。

記入者氏名	<input style="width: 80%;" type="text"/>
記入者所属	<input style="width: 80%;" type="text"/>
E-mail	<input style="width: 80%;" type="text"/>

付記:

実施体制等に変更があったときは、速やかに管理委員会宛に変更届け(様式A6)および必要に応じて様式A5-2、様式A5-4を提出すること