

(様式TA1-1)

実施医基準基礎経験審査 申請書 (胸腹部)

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

私は、企業製造ステントグラフトによる胸腹部大動脈瘤治療の実施医基準についての基礎経験を申請します。

申請者氏名

漢字 印ローマ字 生年月日 年 月 日

※勤務施設は必ず正式名称をご記入ください。

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

実施医基準 (基礎経験)

- 1) 当該デバイスにおいて**組み合わせて使用されるすべての大動脈ステントグラフトの指導医資格**、並びに組み合わせて使用される分枝用ステントグラフトについて5例以上の使用経験を有すること。
- 所持する指導医番号：**
- 2) 胸腹部大動脈瘤・傍腎動脈瘤の治療（外科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こと。
- 3) 腹部大動脈の分枝血管への介入治療（ステント留置・コイル塞栓術等）を術者として10例以上経験していること
- 4) 腹部大動脈・腸骨動脈領域の外科手術を術者として5例以上経験していること※。
- ※ 術者としての経験がない場合は、当該経験を有する医師より治療に直接参加の同意を得ること（様式TA1-7） 同意書（TA1-7）添付

書類送付先 勤務施設 自宅事務局記入欄