

実施医証明発行申請書

西暦 年 月 日

浅大腿動脈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浅大腿動脈狭窄・閉塞・再狭窄病変(ステント内再狭窄病変を含む)治療の実施医基準を満たしており、ここに専門医証明書と研修修了証のコピーを添えて、実施医証明書の発行を申請します。

申請者氏名

漢字

印

ローマ字  生年月日 年 月 日

医籍登録年月日 年 月 日 医籍登録番号

勤務施設

所属

所在地 〒  -

TEL  FAX

E-Mail

自宅住所 〒  -

TEL

実施ステントグラフト機種名

実施医基準

1) 専門医

I V R 専門医  日本血管外科学会認定血管内治療医

心血管インターベンション認定医  心臓血管外科専門医

2) 研修プログラム

使用するステントグラフトについての研修プログラムを受講している

付帯事項 最初の2例については、同施設又は連携施設の心臓血管外科専門医による適応の確認を以て施行し、報告すること。

ホームページ上に氏名を公開することを  承諾します  承諾しません