

潜在性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術 見学・プロクタリング申請書

申請Phase Phase 1 Phase 2 Phase 3 Phase 4 追加術者

※追加術者の申請書の場合はPhaseのチェックも記入

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

PFO 協議会 御中

以下のとおり潜在性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の実施医認定のための見学・プロクタリングを希望いたします。

フリガナ	
施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	公印
施設 住所	〒 _____
電話番号	(_____) _____

主担当診療科名	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	印
E-mail アドレス	@
フリガナ	
担当者 氏名	印
E-mail アドレス	@

氏名	メールアドレス	日本循環器学会 専門医認定番号	CVIT 専門医・認定医番号

※見学は術者とエコー担当医の同時参加が必要

見学希望時期 : 20 年 月以降の () 曜日

プロクタリング希望時期: 20 年 月以降の () 曜日

複数曜日候補がありましたらすべて記載をお願いいたします。

プロクタリング実施は、施設認定取得後となりますので、施設認定申請書類提出日から1ヵ月以降で記載ください。

症例候補日が決まりましたら、プロクターを調整いたしますので、候補日の1ヶ月以上前までに PFO オクルーダーの製造販売業者までご連絡ください。