

潜因性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術 経皮的卵円孔開存閉鎖術研修申請書

申請Phase Phase 1 Phase 2 Phase 3

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

PF0協議会 御中

以下のとおり潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の実施設の経皮的卵円孔開存閉鎖術研修の受講を希望いたします。※CVIT認定書と同一施設名で記入をお願いします。

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	@

参加希望者リスト

診療科	氏名 *1 施設から最大6名まで参加可能	実施医	心房中隔欠損閉鎖術認定医	心エコー医	脳卒中医

*経皮的卵円孔開存閉鎖術研修プログラムには各施設から「実施医」「心エコー担当医」「脳卒中医」の同時参加が必要