

潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術 実施医認定申請書

申請Phase  Phase 1  Phase 2  Phase 3

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

PF0協議会 御中

当施設は、潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の実施医として以下の医師の認定を申請します。

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

循環器部門診療科名	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	印
E-mail アドレス	_____@_____

実施医氏名	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	生年月日

- 直近3年間で実施した経皮的心房中隔欠損閉鎖術の症例一覧（別紙4）（ASD認定術者のみ）

\*施設認定と別途実施医のみ申請をする場合は、必要に応じて、以下の書類を添付する。

- 日本循環器学会認定循環器専門医の認定証のコピー
- 経皮的心房中隔欠損閉鎖術の術者としての認定証のコピー（ASD認定術者のみ）
- 日本心血管インターベンション治療学会専門医、認定医の認定証のコピー
- 経皮的卵円孔開存閉鎖術研修受講証明証