

様式 B-0 (2025 年度新規)

経皮的卵円孔開存閉鎖術
研修プログラム受講申請書

「潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術研修プログラム」受講申請書

20 年 月 日

経カテーテル的心臓短絡疾患治療基準管理委員会 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施設の申請にあたり、「経皮的卵円孔開存閉鎖術研修プログラム」の受講を希望いたします。

フリガナ	
施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	
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	
E-mail アドレス	@
フリガナ	
担当者 氏名	
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	心エコー医	脳卒中医

※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。