

(様式A4-1)

腹部指導医基準審査(別機種)申請書西暦 年 月 日

関連10学会構成

日本ステントグラフト実施基準管理委員会 御中

私は、下記のステントグラフトについて腹部大動脈瘤治療の指導医基準を満たして
ここに指導医基準(別機種)の審査を申請します。

ステントグラフト機種名

申請者氏名

漢字

ローマ字

印

勤務施設

所属

所在地

〒

TEL

FAX

E-Mail

自宅住所

〒

TEL

指導医基準(別機種)

- 1)ステントグラフト の指導医証明書 (No. AD) を取得
2)新たに指導する を用いた治療を術者として5例以上経験し
3)上記申請機種の実施医証明書 (No. A) を取得している

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

書類送付先

☐

勤務施設

☐

自宅