

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

経カテーテル大動脈弁置換術認定制度の実施医認定を希望するため、以下の書類を添えて申請いたします。

TAVR実施医認定申請書
1 機種目：自己拡張型デバイス用

申請デバイス名 (いずれかに○)		自己拡張型デバイス (CoreValve series)
		自己拡張型デバイス (Navitor series)

※ 下記の全ての欄をご記入ください。手書きの場合は楷書でご記載ください

※ □は、いずれか該当する項目にチェックを入れてください

フリガナ			
申請者氏名			
JTVT会員番号			
生年月日	年	月	日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
所属機関	施設・科名		
	役職		
連絡先	<input type="checkbox"/> 所属機関 <input type="checkbox"/> 自宅		
	〒		
	電話番号		
	FAX番号		
	Email		
卒業大学			卒年
	年		
医師免許証	医籍登録	号	医籍登録 昭和・平成
			年

申請日 年 月 日

申請者署名 _____ (印)

申請料振込先

金融機関名	三菱UFJ 銀行	支店名	茨木支店（店番号：219）
預金種別	普通預金	口座番号	313430
口座名義	シャ）ニホンケイカテーテルシンゾウベンチリョウガツカイ ティーエーヴ イアールニンテイカカリ		

※漢字表記：（社）日本経カテーテル心臓弁治療学会 T A V R 認定係

申請料：10,000円

- * 振込先は年会費振込口座とは異なります。
- * 振込手数料は申請者にてご負担ください。
- * 振込人名は照会のため、必ず申請者ご本人名義にてお願いします。
- * 金融機関の振込控えをもって領収書とさせていただきます。
- * 銀行窓口でお振り込みの場合、口座名義（カタカナ）は全て記入してください。
枠が足りない場合は枠外に記載ください。全て記入されていない場合、
銀行によりエラー扱いとされる場合がございますのでご注意ください。
- * 認定料は、認定後にお振り込みいただきます。

申請書類送付先

※簡易書留など配達記録が残る郵便でお送りください。なお、書類受領の確認は、配達記録をもって替えさせていただきます。

〒650-0034 神戸市中央区京町83番地 三宮センチュリービル3F（株）プロアクティブ内
一般社団法人日本経カテーテル心臓弁治療学会 TAVR認定係 宛

申請書類

※確認欄はご自身でのチェックの際にお使いください。

A	実施医認定申請書	確認	
↓			
B	提出症例(8例分) ※原則として、Registryのリストを提出すること。		
	・ TAVI Registryのリスト（8例分） ※何らかの理由によりTAVI Registryのリストを提出することが困難な場合、 TAVR認定係にご連絡ください。	確認	
↓			
	患者名、患者イニシャル、生年月日、IDなど個人情報のマスク	確認	
	[TAVI Registry症例リスト]最終ページに自筆サイン	確認	
↓			
C	実施医申請料（10,000円）振込み用紙の写	確認	

注意：口座残高が表示された写しを送付される方がいらっしゃいます。

振込時に残高を印字しないように選択するか、印字されている場合はマスクして送付ください

※TAVR認定事務局使用欄

申請料	TAVR認定事務局		
※	受付日時	受付番号	審査結果
	※	※	※