

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 | 指導施設認定更新申請書 | 確認 | |
| | 施設内容調書1_更新申請用・施設内容調書2_更新申請用 | 確認 | |
| | 専門医・体外循環技術認定士・麻酔科医・TAVR 指導医 在籍証明書 | 確認 | |
| | 症例登録事業に参加する誓約書 | 確認 | |
| ↓ | | | |
| B | 提出症例(3年分全て) ※原則として、Registryのリストを提出すること。 | | |
| | 認定期間満了日より遡ること3年間全症例(300例以上必須)の TAVI Registryリスト *全てにページ番号を振ること | 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 最終ページへの担当責任者(TAVR指導医)の自筆サイン | 確認 | |
| ↓ | | | |
| C | 指導施設申請料(100,000円)振込用紙の写 ※写しを添付できない場合は下記欄に記載 | 確認 | |
| | 振込人名 | | 振込日 |

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 ティーイーヴイアールニ 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 TAVR認定係
申請料:100,000円

- * 振込手数料は申請者にてご負担ください。
- * 振込人名は申請書に記載の施設名とし、冒頭に「コウシン」と入れてください。
例:コウシン ●●●ビョウイン
- * 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

※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 |
| | ※ | ※ | ※ |

TAVR（経カテーテル的大動脈弁置換術） 指導施設認定更新申請書

西暦 年 月 日

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

当施設は、経カテーテル的大動脈弁置換術の指導施設として認定の更新を申請します。

| | | | |
|------------------------------|---|----------------------|----|
| フリガナ | <input type="text"/> | | |
| 施設名 | <input type="text"/> | | |
| 施設長名 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 公印 |
| 施設住所 | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> | | |
| | <input type="text"/> | | |
| | <input type="text"/> | | |
| 電話番号 | <input type="text"/> | | |
| TAVR指導施設 認定番号 | <input type="text"/> | | |
| 有効期間 | <input type="text"/> | | |
| 責任者 氏名 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 印 |
| 所属 | <input type="text"/> | | |
| E-mailアドレス | <input type="text"/> | | |
| *実務方の医師等をに追加で登録する場合は記入する（任意） | | | |
| 連絡先 所属科・氏名 | <input type="text"/> | | |
| E-mailアドレス | <input type="text"/> | | |

施設内容調書1_更新申請用

西暦 年 月 日

施設名

責任者

氏名

印

施設 (以下、確認の を記入)

- 1) 日本循環器学会認定専門医研修施設である。
- 2) 日本心血管インターベンション治療学会研修施設または研修関連施設である。
研修施設 研修関連施設
- 3) 心臓血管外科専門医基幹施設である。

手術実績・検査 (2022年1月1日～2022年12月31日の症例数を記入)

- 1) 大動脈弁置換術 (大動脈基部置換術を含む)
- 2) 冠動脈に関する血管内治療 (PCI)
- 3) 大動脈瘤に対するステントグラフト治療
- 4) 経食道心エコー検査 (術中 外来/病棟) 総数

TAVRの実施状況 (2020年1月1日～2022年12月31日の症例数を記入)

- 1) 実施数 (3年間に実施した症例数を記入) 総数
- 2) TAVI Registry症例登録 (添付資料TAVI Registryのデータ検索画面に記載の総数) 総数

1) と2) の総数が一致しない場合は、その理由 (治験○件有など) を記載すること。

※ 1) に記載のTAVR実施総数が300症例に満たない場合は、施設内容調書2 (次ページ) も併せて提出すること。

施設内容調書2_更新申請用

西暦 年 月 日

施設名

責任者

氏名

印

前年3年の期間でTAVR実施総数が300症例に満たなかったためTAVI Registryの症例リスト
認定期間満了日より遡ること3年間の全症例を添付資料として提出します。

また、下記について該当する場合は記載します。

- 1) TAVRが実施できなかった下記の期間（手術室の改修工事等）がある。

～

※理由書や証明するものを添付すること。

在籍証明書

施設名

循環器専門医 (代表者 3名を記載)

| | 氏名 | 専門医認定番号 |
|---|----------------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

日本心血管インターベンション治療学会専門医 (代表者 1名を記載)

| | 氏名 | 専門医認定番号 |
|---|----------------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

心臓血管外科専門医 (代表者 3名を記載)

| | 氏名 | 専門医認定番号 |
|---|----------------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

体外循環技術認定士 (代表者 1名を記載)

| | 氏名 | 認定番号 |
|---|----------------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

麻酔科医 (代表者 1名を記載)

| | 氏名 |
|---|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> |

TAVR指導医 (代表者 2名を記載)

| | 氏名 | 認定番号 |
|---|----------------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

上記の者は当施設の職員に相違ありません。

西暦 年 月 日

施設長氏名 公印

症例登録事業に参加する誓約書

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

当施設は、NCD症例登録事業（TAVI Registry）に参加し、フォローアップを含め全例登録することを誓約します。登録を実行しない、あるいは虚偽のデータを入力したことが判明した場合、経カテーテル的大動脈弁置換術の施設認定を取り消されても、異議の申し立ては行いません。

西暦 年 月 日

施設名

所属

責任者

氏名（自署）