

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 施設内容調査_更新申請用 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 症例登録事業に参加する誓約書	確認 確認 確認 確認	
↓			
B	提出症例（3年間で実施された全症例）※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) TAVI Registryリスト *全てにページ番号を振り、検索結果表紙を含めて提出すること		確認
↓			
	症例が「患者手術日」順に並んでいること 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 確認 確認	
↓			
C	指導施設更新申請料(100,000円)振込用紙の写 ※写しを添付できない場合は下記欄を記載	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ッカイ ティーエーヴィアールニンティイカカリ		

※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 ●●●ビヨウイン

* 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"/>
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 (治験〇件有など) を記載すること。

[]

在籍証明書

施設名

循環器専門医（代表者 3名を記載）

氏名

1

専門医認定番号

2

3

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

1

専門医認定番号

心臓血管外科専門医（代表者 3名を記載）

氏名

1

専門医認定番号

2

3

体外循環技術認定士（代表者 1名を記載）

氏名

1

認定番号

麻酔科医（代表者 1名を記載）

氏名

1

TAVR指導医（代表者 2名を記載）

氏名

1

認定番号

2

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）