

**申請書類** ※申請時に確認欄をご利用ください。

TAVR実施施設認定更新申請書	確認	
施設内容調書1_更新申請用	確認	
(TAVR実施数が年平均20例を満たさなかった場合のみ)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 在籍証明書	確認	
症例登録事業に参加する誓約書	確認	
↓		
TAVI Registry画面コピー(3年または4年)リスト作成	確認	
↓		
院内管理コード、患者イニシャル、生年月日など個人情報のマスク	確認	
印刷後、全てにページ番号を振る	確認	
最終ページへの責任者の自筆サイン	確認	
↓		
実施施設申請料(50,000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	0163892
口座名義	ケイカテーテルテキダイドゥミヤクベンチカンジュツカンレンガツカイキョウギカイ サワ ヨシキ		

※漢字表記:経カテーテル的大動脈弁置換術関連学会協議会 澤 芳樹

申請料:50,000円

- \* 振込手数料は申請者にてご負担ください。
- \* 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。

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2  
大阪大学大学院医学系研究科外科学講座心臓血管外科学内  
経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会事務局 宛

以下、事務局記載欄  
受付日

# 経カテーテル的大動脈弁置換術 実施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実施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"/>		
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"/>	
*担当科責任者以外に追加で登録する場合は記入する（任意）			
連絡先	所属・氏名	<input type="text"/>	
	E-mailアドレス	<input type="text"/>	
連絡先	所属・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** (2021年1月～12月の症例数を記入)

- 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** (2019年1月1日～2021年12月31日の3年間)

- 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を記入) 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60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60症例に満たなかったため、TAVI Registryの症例リスト4年分（2018年～2021年の症例全て）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) 当施設は、1回目の更新申請であり且つ初回認定日が2018年1月31日迄の施設である。

プロクタリング期間終了日（TFアプローチ）

 年  月  日

デバイスの種類 (✓) SAPIENシリーズ

Core Valveシリーズ

LOTUSシリーズ

- 2) 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。

 年  月  日

～

 年  月  日

※理由書や証明するものを添付すること。

## 専門医・体外循環技術認定士・麻酔科医 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"/>

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実実施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

担当科

担当科責任者氏名（自署）