

申請書類 ※A、B、Cをご提出ください。

A	TAVR実施施設申請書類 一式		
	実施施設認定更新申請書	確認	
	施設内容調書_更新申請用	確認	
	在籍証明書_更新申請用	確認	
	症例登録事業に参加する誓約書	確認	
	施設訪問によるデータ照合の受入体制について(任意)	確認	
↓			
添付書類(B、C)			
B	認定期間満了日(申請年前年の12月末日)より遡ること3年間全症例の TAVI Registryデータ検索画面コピー	確認	
	↓		
	※作成方法の詳細については、ホームページ掲載の“出力方法はこちら”よりご確認ください。		
	個人情報(院内管理コード、患者イニシャル、患者生年月日)の マスキング	確認	
	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	
C	実施施設申請料(50,000円)振込用紙の写し ※写しを添付できない場合は下記欄に記載の上提出	確認	
	振込人名 (カナ)		振込日

申請料振込先

申請料:50,000円(内、消費税10% 4,545円)

金融機関名	三井住友銀行	支店名	豊中支店(店番154)
預金種別	普通預金	口座番号	7523001
口座名義	シヤケイカテーテルテキシソウウベンチリヨウカンレンガツカイキョウキカイ 一般社団法人 経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会		

※適格請求書発行事業者登録番号:T5120905006455

- * 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。
- * 認定料は、認定通知(合格通知)後にお振り込みください。

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

TAVR（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

施設名

施設長名

公印

施設住所

〒 -

電話番号

TAVR実施施設 認定番号

有効期限

2024年12月31日

責任者

氏名

印

所属

E-mailアドレス

*実務の医師や事務方等を追加で登録する場合は記入する（任意）

所属科・氏名

E-mailアドレス

所属科・氏名

E-mailアドレス

施設内容調書_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 (2024年1月1日～2024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 (2022年1月1日～2024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 (削除対応症例〇例など) を記載すること。

[

]

在籍証明書_更新申請用

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実施医 (代表者 1名を記載)

	氏名	認定番号
1	<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）

施設訪問によるデータ照合の受入体制について

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

西暦 年 月 日

施設名

所属

責任者

氏名 (自署)

当院において、第三者によるカルテ閲覧が可能である（体制が整っている）ことを報告します。

カルテ閲覧が可能となる日

西暦 年 月 日