

## 弁周囲逆流閉鎖セット プロクタリング申請書

人工弁周囲逆流（PVL）研究会策定の新規術者基準・施設基準への適合をご確認いただき、  
□へのチェック、ご署名の上、人工弁周囲逆流（PVL）協議会へ提出してください。

### アプローチ

アプローチ	<input type="checkbox"/> 経心尖部（TA）アプローチ <input type="checkbox"/> 経大腿（TF）アプローチ
-------	---

新規術者基準・施設基準への適合	チェック
企業トレーニングを終了している	<input type="checkbox"/>
施設認定を取得済みである。	<input type="checkbox"/>

### 申請者

施設名	
施設住所	
ご所属診療科	
フリガナ	
ご署名	印
ご署名日	年 月 日
e-mail	