

弁周囲逆流閉鎖セット プロクタリング実施申請書

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 | |