弁周囲逆流閉鎖セット
プロクタリング終了報告書/実施医申請書

プロクタリングを修了したことをご確認頂き、実施内容を記入、ご署名、ご捺印の上、人工弁周囲逆流（PVL）協議会へ提出して下さい。

申請アプローチ

アプローチ	☐ 経心尖部(TA)アプローチ ☐ 経大腿(TF)アプローチ

症例見学

症例見学日	1 例目:　　年　　月　　日 2 例目:　　年　　月　　日
見学方法	1 例目:☐動画視聴　☐実地による見学 （施設名:　　） 2 例目:☐動画視聴　☐実地による見学 （施設名:　　）

プロクタリング症例

指導医の立会いの下で本品による弁周囲逆流閉鎖術を行い、臨床使用下で指導を受けた。	
実施施設	
実施日 1 回目	年　　月　　日 指導医： 治療部位：☐ 僧帽弁　☐ 大動脈弁
実施日 2 回目	年　　月　　日 指導医： 治療部位：☐ 僧帽弁　☐ 大動脈弁
実施日 3 回目	年　　月　　日 指導医： 治療部位：☐ 僧帽弁　☐ 大動脈弁

プロクタリングが終了したことを確認し、実施医申請を行います。

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	