

## 弁周囲逆流閉鎖セット 単独実施認定申請書

単独実施認定を満た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	<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
-------	---

実施医として、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。

実施日 4 例目	<div style="text-align: center;">年            月            日</div> 指導医： 治療部位： <input type="checkbox"/> 僧帽弁 <input type="checkbox"/> 大動脈弁
実施日 5 例目	<div style="text-align: center;">年            月            日</div> 指導医： 治療部位： <input type="checkbox"/> 僧帽弁 <input type="checkbox"/> 大動脈弁

実施医認定番号	
施設名	
フリガナ	
ご署名	印
ご署名日	年            月            日
E-mail アドレス	