

経皮的カテーテル心筋冷凍焼灼術【クライオバルーン(Arctic Front Advance)】に係る申請書(変更)

この度、____年____月____日に申請した内容の一部が変更となりましたことをご連絡申し上げます。
但し、施設基準を充足することには変わりありません。届出内容からの変更点は以下の通りです。

	項目	変更内容
1	当該診療科の常勤医かつ不整脈専門医に関する情報	☐ 専門医が増えた* (*該当医師のご氏名：____) ☐ 専門医が減った*が、1名以上は常勤の専門医がいる (*該当医師のご氏名：____) ☐ 専門医が常勤医ではなくなった*が、1名以上は常勤の専門医がいる (*該当医師のご氏名：____) ☐ その他 (____)
2	緊急心臓血管手術が可能な体制の有無	☐ 外部連携先が変わった* (新しい連携先：____) ☐ 院内の心臓血管手術が可能な体制がなくなり、外部と連携をとることになった* (連携先：____) * 双方の施設代表者または権限者による確認書もしくは合意書を添付すること ☐ その他 (____)
3	常勤の臨床工学技士に関する情報	☐ 常勤の臨床工学技士が増えた* (*ご氏名：____) ☐ 常勤の臨床工学技士が減った* ¹ が、他に1名以上の常勤の臨床工学技士* ² がいる (* ¹ ご氏名：____) (* ² ご氏名：____) ☐ その他 (____)
4	病院名・標榜科の変更	新しい病院名や標榜科名をご記載下さい _____
5	その他	_____

当該文書の控え（写し）を大切に保管して下さい。

施設名：_____

病院長名：_____

