様式 01-04

一般社団法人日本不整脈心電学会　御中

申請日: 2024 年　　月　　日

経皮的カテーテル心筋冷凍焼灼術 [POLARx 冷凍アブレーションカテーテル]に係る申請書（新規）

1.	標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入）	科	
2-1.	日本不整脈心電学会認定不整脈専門医研修施設	☐ 研修施設である	日本不整脈心電学会記入欄
2-2.	心房細動に対する経皮的カテーテル心筋焼灼術を年間 30 症例以上	※該当期間にチェック ☐ 2023 年 4 月～2024 年 3 月の期間 ☐ 2023 年 8 月～2024 年 7 月の期間 ☐ 2023 年 12 月～2024 年 11 月の期間 J-AB に登録された AF 症例数: _____例	
3.	当該診療科の医師の氏名など		

	常勤の日本不整脈心電学会認定不整脈専門医の氏名	専門医番号	**心房細動**に対する経皮的カテーテル心筋焼灼術の**経験**症例数	所定研修修了日（企業記入欄）
①			例	年　月　日
②			例	年　月　日
③			例	年　月　日
④			例	年　月　日
⑤			例	年　月　日

3-2.	認定期間内に届出内容に変更が生じた，もしくは施設基準を満たさなくなった際の，変更・辞退の届出	☐ 日本不整脈心電学会へ必ず届出をする
4-1.	緊急心臓血管手術が可能な体制であるか	☐可能な体制である　☐可能な体制ではない
4-2.	**（4-1.の回答が「可能な体制ではない」場合）** 緊急心臓血管手術が可能な体制を有している保険医療機関との連携に関して、文書により契約を締結しているか **※1**	☐ 締結している (連携先: _____)
4-3.	自院もしくは連携先での緊急心臓血管手術が不可能になった際の連絡	☐ 日本不整脈心電学会へ必ず連絡をする
5-1.	常勤の臨床工学技士が配置されているか（1 名以上）	☐ 配置されている
5-2.	常勤臨床工学技士の氏名	
6.	当該治療に用いる機器について，適切に保守管理がなされていること	☐ 管理している
7.	当該申請に関する問い合わせ担当者氏名およびメールアドレス	担当者氏名： e-mail：

4-2 ※1 日本不整脈心電学会指定の「医療連携に関する確認書」に記入・施設の公印を押印の上、控え(写し)を提出のこと。

施設名：_____

病院長：_____

施設印

学会印

申請書の控え(写し)を保管してください。