

申請日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## パワードシースによる経静脈的リード抜去術施設認定申請書(新規)

1	施設名称	
2	標榜診療科	
3	循環器専門医または小児循環器専門医常勤医氏名	<input type="checkbox"/> 循環器専門医 [氏名] <input type="checkbox"/> 小児循環器専門医 [氏名]
4	心臓血管外科専門医常勤医氏名	
5	ICD認定施設基準適合	<input type="checkbox"/> 適合している
6	所定のトレーニングプログラム研修修了医氏名	<input type="checkbox"/> レーザシース [氏名] <input type="checkbox"/> Evolution [氏名] <input type="checkbox"/> TightRail [氏名] (複数選択可)
7	所定のトレーニングプログラムで推奨される装備等	<input type="checkbox"/> 備えている
8	院内倫理委員会	<input type="checkbox"/> 設置されている
9	院内リスクマネジメント委員会	<input type="checkbox"/> 設置されている
10	院内感染対策委員会	<input type="checkbox"/> 設置されている
11	緊急時の迅速な心臓血管外科手術対応	<input type="checkbox"/> 可能である
12	J-LEX II 登録制度	<input type="checkbox"/> アカウント発行済(施設番号 [3ケタ]: _____ )
13	当該申請に関する問合せ担当者氏名 およびメールアドレス	

\*変更があった場合は、速やかに変更届を日本不整脈心電学会事務局に提出してください。

施設名: \_\_\_\_\_

病院長: \_\_\_\_\_ (印)

管理番号: \_\_\_\_\_

※病院長印は公印のこと