（様式4－2）

申請日：　　　　年　　　月　　　日

**経皮的リード抜去術実績表（Evolution RL「指導医」新規申請用）**

申請者氏名（担当者）　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 施設名

経皮的リード抜去術の「指導医」新規認定のためには、次の要件が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| **GlideLight** | **Evolution RL** |
| 下記の要件のいずれかを満たすこと  （1）GlideLightを用いた手技を累計30例以上経験し、その内の20例は直近1年以内に実施していること  （2）Evolution RLの指導医資格を有し、GlideLight手技経験数が直近1年間10例以上であること  （3）Evolution RLの認定医資格を有し、GlideLight手技経験数が直近1年間20例以上であること | 下記の要件のいずれかを満たすこと  （1）Evolution RLを用いた手技を累計30例以上経験し、その内の20例は直近1年以内に実施していること  （2）GlideLightの指導医資格を有し、Evolution RL手技経験数が直近1年間10例以上であること  （3）GlideLightの認定医資格を有し、Evolution RL手技経験数が直近1年間20例以上であること |

* 製造販売業者と指導医契約を結び、指導医資格取得後、1年ごとに更新手続きが必要。

**Evolution RL累計症例数　　　　例**

**Evolution RL年間症例数　　　　例　（　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日）**

**※直近1年間（申請月の前月から遡って1年間）の実績を記載して下さい**

**GlideLightの指導医資格の有無　　□　有　　　　□　無**

**GlideLightの認定医資格の有無　　□　有　　　　□　無**

**※GlideLightの指導医資格もしくは認定医資格を有する場合は、当該資格証明書のコピーを同封のこと**

**上記症例数を経験したことを確認した　　日本不整脈心電学会　　印**

（様式4－2）

**Evolution RL（20症例もしくは10症例は直近1年(申請月の前月から遡って1年間)以内であること）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **J-REX症例ID** | **施行日** | **性別** | **生年月日** | **合併症の有無** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |