

申請日： 年 月 日

経皮的リード抜去術実績表 (GlideLight「指導医」更新申請用)

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」更新認定のためには、次の要件が必要です。

GlideLight	Evolution RL
GlideLight 手技実施数が前年 1 年間 (1 月～12 月) で 20 例以上であること	Evolution RL 手技実施数が前年 1 年間 (1 月～12 月) で 20 例以上であること
※Evolution RL の指導医資格も有する場合、前年 1 年間の両製品の合計手技実施数が 20 例以上あり、その内、GlideLight の手技数が 10 例以上であれば GlideLight の指導医資格を更新できる	※GlideLight の指導医資格も有する場合、前年 1 年間の両製品の合計手技実施数が 20 例以上あり、その内、Evolution RL の手技実施数が 10 例以上であれば Evolution RL の指導医資格を更新できる

直近 1 年間の両製品の使用症例数が 5 例以上 19 例以下であった場合、指導医契約を更新することはできないが、院内指導医として契約を結ぶことができる。

GlideLight 年間症例数 _____ 例

※前年 1 年間 (1 月～12 月) の実績を記載して下さいEvolution RL の指導医資格の有無 有 無

※Evolution RL の指導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

GlideLight (20 症例もしくは 10 症例以上は前年 1 年間 (1 月~12 月) 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					

Evolution RL (Evolution RL の指導医資格を有する場合に記入)

	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					