（様式5－2）

申請日：　　　　年　　　月　　　日

**経皮的リード抜去術実績表（Evolution RL「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 | 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※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。

**Evolution RL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**

**GlideLightの指導医資格の有無　　□　有　　　　□　無**

**※GlideLight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**

（様式5－2）

**Evolution RL（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 |  |  |  |  |  |

**GlideLight（GlideLight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 |  |  |  |  |  |