

申請日： 年 月 日

経皮的リード抜去術実績表 (GlideLight「院内指導医」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「院内指導医」新規認定のためには、次の要件が必要です。

GlideLight	Evolution RL
<p>下記いずれかの要件を満たすこと</p> <p>(1) GlideLight を用いた手技を累計 30 例以上経験し、その内の 5 例は直近 1 年以内に実施していること</p> <p>(2) Evolution RL の院内指導医資格を有し、GlideLight 手技経験数が直近 1 年間 5 例以上であること</p>	<p>下記いずれかの要件を満たすこと</p> <p>(1) Evolution RL を用いた手技を累計 30 例以上経験し、その内の 5 例は直近 1 年以内に実施していること</p> <p>(2) GlideLight の院内指導医資格を有し、Evolution RL 手技経験数が直近 1 年間 5 例以上であること</p>

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

GlideLight 累計症例数 _____ 例

GlideLight 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

Evolution RL の院内指導医資格の有無 有 無

※Evolution RL の指導医資格を有する場合は、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 (5 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					