（様式　7－1）

申請日：　　　　年　　月　　日

**経皮的リード抜去術実績表（GlideLight「院内指導医」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「院内指導医」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5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5例以上であること |

**GlideLight年間症例数　　　　例**

**※前年1年間****（前年1月～12月）の実績を記載して下さい**

  **GlideLight年間症例数のうち5症例を記載して下さい**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 |  |  |  |  |  |

**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**