

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