

申請日： 年 月 日

パルスフィールドアブレーション[FARAPULSE]に係る申請書(変更)

この度、 年 月 日に申請した内容の一部が変更となりましたことをご連絡申し上げます。  
 但し、施設基準を充足することには変わりありません。届出内容からの変更点は以下の通りです。

項目		変更内容				
□	当該診療科の常勤医かつ不整脈専門医に関する情報	※変更後の常勤の不整脈専門医の情報をご記載ください。				
		医師のご氏名	専門医番号	心房細動に対する経皮的カテーテル心筋焼灼術の経験症例数	他施設在籍時に所定研修修了済みかつ症例経験がある	所定研修修了日(企業記入欄)
				例	□はい □いいえ	年 月 日
				例	□はい □いいえ	年 月 日
				例	□はい □いいえ	年 月 日
				例	□はい □いいえ	年 月 日
				例	□はい □いいえ	年 月 日
□	緊急心臓血管手術が可能な体制の有無	□ 外部連携先が変わった*		*新しい連携先：		
		□ 院内の心臓血管手術が可能な体制がなくなり、外部と連携をとることになった* *双方の施設代表者または権限者による確認書もしくは合意書を添付すること		連携先：		
		□ その他 ( )				
□	常勤の臨床工学技士に関する情報	※変更後の常勤の臨床工学技士の情報をご記載ください。				
		臨床工学技士のご氏名				
□	病院名・標榜科の変更	旧病院名・標榜科名		新しい病院名・標榜科名		
□	その他					
当該申請に関する担当者氏名・連絡先		担当者氏名： e-mail：				

当該文書の控え(写し)を大切に保管して下さい。

施設名：

\_\_\_\_\_

病院長名：

\_\_\_\_\_

施設印

