

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					
□	日本不整脈心電学会認定不整脈専門医（常勤）に関する情報 *本申請後に最初の症例を行う医師をご記載ください。	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主術者としての経験症例数	当該システムの所定研修を修了しているか	当該システムを主術者として症例経験はあるか	所定研修修了日 (企業記入欄)
				例	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	年 月 日
		「当該システムを主術者として症例経験はあるか」で「はい」を選択している場合のみ ※		当該システムにおいて 20 症例以上主術者としての経験があり、症例が J-AB に登録されているか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
□	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* *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		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	※変更後に在籍の常勤の臨床工学技士の情報を記載ください。					
		臨床工学技士のご氏名					
□	病院名/標榜科 変更 ※合併・統合は除く	旧病院名・標榜科名		新しい病院名・標榜科名			
□	住所変更	※新しい住所をご記載ください。					
		郵便番号 : 住所 :					
□	その他						
変更申請に関する担当者氏名・連絡先 ※確認通知書送付先		住所 : _____ 所属部署・氏名 : e-mail :					

※経験症例を J-AB に登録済みだが、医籍番号が未登録の場合は日本不整脈心電学会指定の「登録症例一覧」を提出のこと。

施設名 : _____

施設印

病院長 : _____

学会印

当該文書の控え（写し）を大切に保管して下さい。

日本不整脈心電学会記入欄