

申請書類 ※A、B、Cをご提出ください。

A	TAVR実施施設申請書類 一式		
	実施施設認定更新申請書	確認	
	施設内容調査_更新申請用	確認	
	在籍証明書_更新申請用	確認	
	症例登録事業に参加する誓約書	確認	
	施設訪問によるデータ照合の受入体制について(任意)	確認	
	↓ 添付書類(B、C)		
B	認定期間満了日(申請年前年の12月末日)より遡ること3年間全症例の TAVI Registryデータ検索画面コピー		
	個人情報(院内管理コード、患者イニシャル、患者生年月日)の マスキング	確認	
	ページ番号を振る	確認	
	最終ページへの責任者の自筆サイン	確認	
C	実施施設申請料(50,000円)振込用紙の写し ※写しを添付できない場合は下記欄に記載の上提出		
	振込人名 (カナ)	振込日	

申請料振込先

申請料: 50,000円(内、消費税10% 4,545円)

金融機関名	三井住友銀行	支店名	豊中支店(店番154)
預金種別	普通預金	口座番号	7523001
口座名義	シヤ)カイテルテキシンゾウヘンチリヨウカンレンガツカイキヨウキカイ 一般社団法人 経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会		

※適格請求書発行事業者登録番号:T5120905006455

- * 振込手数料は申請者にてご負担ください。
- * 金融機関の振込控えをもって領収書とさせていただきます。
- * 認定料は、認定通知(合格通知)後にお振り込みください。

申請書類送付先

※簡易書留など配達記録が残る郵便でお送りください。なお、書類受領の確認は、配達記録をもって替えさせていただきます。

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2
大阪大学大学院医学系研究科外科学講座心臓血管外科学内
経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会事務局 宛

TAVR（経カテーテル的大動脈弁置換術） 実施施設認定更新申請書

西暦 年 月 日

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

当施設は、経カテーテル的大動脈弁置換術の実施施設として認定の更新を申請します。

フリガナ	<input type="text"/>		
施設名	<input type="text"/>		
施設長名	<input type="text"/>		<input type="text"/> 公印
施設住所	〒 <input type="text"/>	- <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
電話番号	<input type="text"/>		
TAVR実施施設 認定番号	<input type="text"/>		
有効期限	2025年12月31日		
責任者 氏名	<input type="text"/>		<input type="text"/> 印
所属	<input type="text"/>		
E-mailアドレス	<input type="text"/>		

*実務の医師や事務方等を追加で登録する場合は記入する（任意）

所属科・氏名	<input type="text"/>
E-mailアドレス	<input type="text"/>
所属科・氏名	<input type="text"/>
E-mailアドレス	<input type="text"/>

施設内容調書_更新申請用

西暦 年 月 日

施設名

責任者

氏名 印

施設 (以下、確認の ✓ を記入)

- 1) 日本循環器学会認定専門医研修施設である。
- 2) 日本心血管インターベンション治療学会研修施設または研修関連施設である。
研修施設 研修関連施設
- 3) 心臓血管外科専門医基幹施設である。

手術実績・検査 (2025年1月1日～2025年12月31日の症例数を記入)

- 1) 大動脈弁置換術 (大動脈基部置換術を含む)
- 2) 冠動脈に関する血管内治療 (PCI)
- 3) 大動脈瘤に対するステントグラフト治療
- 4) 経食道心エコー検査 (術中 外来/病棟) 総数

TAVRの実施状況 (2023年1月1日～2025年12月31日の症例数を記入)

- 1) 実施数 (3年間に実施した症例数を記入) 総数
- 2) TAVI Registry症例登録 (添付資料TAVI Registryのデータ検索画面に記載の総数) 総数

1) と2) の総数が一致しない場合は、その理由 (削除対応症例〇例など) を記載すること。

[]

在籍証明書_更新申請用

施設名

循環器専門医 (代表者 3名を記載)

	氏名	専門医認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

日本心血管インターベンション治療学会専門医 (代表者 1名を記載)

	氏名	専門医認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

心臓血管外科専門医 (代表者 3名を記載)

	氏名	専門医認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

体外循環技術認定士 (代表者 1名を記載)

	氏名	認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

麻酔科医 (代表者 1名を記載)

	氏名
1	<input type="text"/>

TAVR実施医 (代表者 1名を記載)

	氏名	認定番号
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

上記の者は当施設の職員に相違ありません。

西暦 年 月 日

施設長氏名 公印

症例登録事業に参加する誓約書

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

当施設は、NCD症例登録事業（TAVI Registry）に参加し、
フォローアップを含め全例登録することを誓約します。登
録を実行しない、あるいは虚偽のデータを入力したことが
判明した場合、経カテーテル的大動脈弁置換術の施設認定
を取り消されても、異議の申し立ては行いません。

西暦 年 月 日

施設名

所属

責任者

氏名（自署）

施設訪問によるデータ照合の受入体制について

経カテーテル的心臓弁治療関連学会協議会 御中

西暦 年 月 日

施設名

所属

責任者

氏名（自署）

当院において、第三者によるカルテ閲覧が可能である（体制が整っている）ことを報告します。

カルテ閲覧が可能となる日

西暦 年 月 日