トレーニング受講申請書類チェックリスト

植込み型舌下神経電気刺激療法

植込み実施施設・実施医

書類が揃っているか、ご確認の上、チェックリストと共に申請書類を郵送あるいはメールでご提出ください。

□トレーニング受講申請書

□耳鼻咽喉科専門医認定証コピー

□頭頸部手術実施リスト（50例以上）

□植込み実施施設　施設内容調書（新規施設の場合）

トレーニング受講申請書

植込み実施施設・実施医

申請年月日（西暦）

日本口腔・咽頭科学会 御中

植込み型舌下神経電気刺激療法の植込み実施施設・実施医トレーニングを申請します。

植込み実施医申請者

氏名 　　　　　E-mailアドレス

日本口腔・咽頭科学会　会員番号：

* + - 会員番号が不明の方は、学会事務局（[jssp@onebridge.co.jp](mailto:jssp@onebridge.co.jp)）までお問い合わせ下さい。
    - 非会員の方は、入会手続きを確認後、申請を受理致します。

施設名

施設住所 　　　〒

電話番号

担当科

担当科責任者　　　 　　 印

頭頸部手術実施リスト（50例以上）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 施行日 | 年齢 | M/F | 疾患名 | 術式 | 術者 |
|  | 2022/XX/XX | 83 | M | XXXXXXX | XXXX | XXX |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 施行日 | 年齢 | M/F | 疾患名 | 術式 | 術者 |
|  | 2022/XX/XX | 83 | M | XXXXXXX | XXXX | XXX |
| 31 |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

＊顎下腺摘出術／耳下腺浅葉切除術／甲状腺手術等が主な手術であることが望ましい

# 植込み実施施設 施設内容調書

* 頭頸部外科手術に十分な経験と知識を有する医師が常勤していること
* 安全な周術期管理を行える施設であること
* 術中神経モニタリングシステムを有すること

メーカー名：

機種名：

プローベ品番：

* 長期管理を行う施設との協力体制が出来ている事

施設名： （同施設でも可）

舌下神経電気刺激療法長期管理講習会受講の有無

□あり

□なし　　→　受講予定日（　　　　年　　月　　日）