申請書類チェックリスト

植込み実施施設・実施医認定

下記書類が揃っているかご確認の上、本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。

* 申請書類チェックリスト
* 植込み実施施設・実施医認定申請書
* 「Inspire Training Module 4」受講証明書コピー

□　CST受講証明証コピー

□　症例見学証明書

□　植込み実施施設／長期管理施設 連携確認書

（植込み実施施設と長期管理施設が異なる場合）

* 「認定施設一覧」の公開に関する同意書

# 植込み実施施設・実施医認定申請書

20 年 月 日

日本口腔・咽頭科学会　御中

当申請書・添付書類の内容に間違いがないことを確認し、下記のとおり舌下神経電気刺激装置の植込み実施施設としての認定を申請します。

* 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科を標榜している病院である
* 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科の経験を5年以上有する常勤の医師が１名以上配置されており、そのうち１名以上は本治療に関する所定の研修を修了している
* 安全な周術期管理を行える施設である

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設長 氏名 | 印　　　 |
| 住所・電話番号 |  |
| 実施医認定申請者　 | 診療科：氏　名：日本口腔・咽頭科学会会員番号：　 |
| 連携する長期管理実施施設 | （植込み実施施設と異なる場合は連携確認書が必要） |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当科 |  |
| 担当科責任者 氏名 | 印 |
| 連絡用E-mail アドレス |  |

症例見学証明書

症例見学実施日 　　　 年 　　月 　 日

見学者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 施設名 | 診療科 | 氏名 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

患者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | 　才 | 性別 | 男性　・　女性 |

上記内容に間違いがないことを確認し、舌下神経電気刺激術に関して患者準備から閉創まで見学したことを証明する。

年　　　　月　　　日

見学受け入れ施設

施設名：

診療科：

氏　名：

植込み実施施設／長期管理施設 連携確認書

舌下神経電気刺激療法の導入に際し、植込み実施施設（　　　　　　　　　　　　　）

と連携を図り実施致します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

 長期管理実施施設

施設名：

院長名： 　　印

舌下神経電気刺激療法長期管理講習 受講日：　　　　　年　　月　　日

担当医名： 印

「認定施設一覧」の公開に関する同意書

当施設は「Inspire Medical Systems Japan 合同会社」および/あるいは日本口腔・咽頭科学会のホームページ上に「植込み実施施設」として以下の情報が登録および公開されることに、

* 同意します
	+ 病院名と住所
	+ 病院ホームページ URL：

耳鼻咽喉科頭頸部外科のホームページもしくは睡眠センターのホームページを優先して掲載。舌下神経電気刺激療法の専用ホームページがあれば専用ページの方を掲載。

* 同意しません

施設名

|  |  |
| --- | --- |
| 担当科 |  |
| フリガナ |  |
| 担当科責任者 氏名 | 　印 |