植込み実施医認定

申請書類チェックリスト

（植込み実施施設として既に認定されている場合）

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医として認定を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 住所・電話番号 |  |
| 実施医認定申請者　診療科・氏名 | 診療科：氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印日本口腔・咽頭科学会会員番号：　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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：