植込み型舌下神経電気刺激療法

プロクター申請書

申請年月日（西暦）

日本口腔・咽頭科学会 御中

舌下神経電気刺激装置植込術の認定プロクターを申請します。

申請者氏名およびEメールアドレス

フリガナ

氏名 Eメールアドレス

施設名

施設住所 　　　〒

電話番号

担当科

担当科責任者　　　 印

申請チェックリスト

以下を満たしているか、ご確認の上、☑を入れてください。

□術者として舌下神経電気刺激療法手術（舌下神経電気刺激装置植込術）に　ついて以下の実績を持つ

舌下神経電気刺激装置植込術 **１０例以上**

□本手術に精通し、頭頸部ならびに前胸部の解剖に十分な知識を有する。

□アシスタント術者および手術チームスタッフに対して、適切な指示が出せる。

□術中に起こりうる合併症及びトラブルに対する十分な知識と判断能力を有する。

症例一覧表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 施設ID番号下4桁または 登録番号 | 手術日 | 役割 |
| 　 |
| 年/月/日（西暦） |
| 例 | 2111 | 2008/4/1 | 術者 |
| 1 | 　 |  / /  | 　 |
| 2 | 　 |  / /  | 　 |
| 3 | 　 |  / /  | 　 |
| 4 | 　 |  / /  | 　 |
| 5 | 　 |  / /  | 　 |
| 6 |  |  / /  |  |
| 7 |  |  / /  |  |
| 8 |  |  / /  |  |
| 9 |  |  / /  |  |
| 10 |  |  / /  |  |