**日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会承認**

**経皮経管的脳血栓回収用機器適正使用指針に基づく実施医教育システム**

**様式1**

**講習会受講申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **写真**（3x4cm、上半身、無修正、正面向き、脱帽、３ヶ月以内に撮影 |
| **氏名** |  |
| **性別** |  |
| **年齢** |  |
| **医籍登録番号** |  |
| **所属学会** | 日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会 |
| **取得専門医資格** | 脳卒中専門医、脳神経外科専門医、神経内科専門医 |
| **所属施設名** |  |
| **診療科** |  |
| **所属施設の住所** |  |
| **E-mail** |  |
| **緊急連絡（携帯）** |  |
| **郵便物送付先** | **〒** |

**以下はできれば回答**

|  |  |
| --- | --- |
| **最も近い血管内再開通療法****実施施設名** |  |
| **緊急自動車での所要時間** |  |

上記が正確であることを確認し、受講を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

　　氏名（自著）

**日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本脳神経血管内治療学会承認**

**経皮経管的脳血栓回収用機器適正使用指針に基づく実施医教育システム**

**様式２**

**承諾書**

以下を了承し遵守します。

* 適応を遵守し、標準的手技による機械的血栓回収療法を実施すること
* 施設倫理委員会または病院長の承認を得て、診療実績を報告すること
* 異動や医療機関の整備により、緊急自動車によって１時間以内に、血管内再開通療法の実施医療機関への搬送が可能になった場合は、本教育システムに基づいて本療法を実施しないこと

　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

　　氏名（自著）