

様式 D-1

ASD/PDA 症例見学・プロクタリング実施報告書

20 年 月 日

日本心血管インターベンション治療学会 御中

研修トレーニングを受講した製造販売業者と共に申請書・添付書類の内容に間違いがないことを確認し、企業プロクター医師、または教育指導医の承認を得て、下記のとおり報告します。

術者属性： 新規術者 追加術者 再トレーニング（見学なし）

閉鎖システム： ASD（☐Amplatzer ☐Figulla Flex II ☐Gore CARDIOFORM） PDA

フリガナ	
申請術者 氏名	
E-mail アドレス	@
フリガナ	
施設名	
施設 郵便番号	〒 —
フリガナ	
施設 住所	
電話番号	() —
FAX 番号	() —

	受講日	指導医施設名	指導医
症例見学（補助）			
プロクタリング 1			
プロクタリング 2			

ASD プロクタリング症例詳細

年/月/日	年齢 (歳)	ASD 径 (mm)	Balloon Sizing 実測値 (mm)	デバイス 種類	閉鎖栓サイズ (mm)	合併症等のイベント

PDA プロクタリング症例詳細

年/月/日	年齢 (歳)	PDA 径 (mm)	PDA 長 (mm)	デバイス 種類	閉鎖栓サイズ (mm)	合併症等のイベント

以下の添付書類を添えて、申請術者よりPDFファイルメール添付で提出してください。

【添付書類】

1. 製造販売業者から提供される研修プログラム（WS）の受講証明書コピー
2. 製造販売業者から提供される症例見学・プロクタリング実施報告書コピー
3. 2025 年 7 月の CVIT 総会中に開催の「デバイス回収のハンズオンセミナー」受講証コピー
※回収経験有り、もしくは再トレーニングの場合、3. は不要。

〔申請書提出先〕

株式会社ビーサイド「CVIT・ASD/PDA 閉鎖術申請」担当
メールアドレス：asd.pda.pfo@be-sidez.com