

## 様式A-1（2026年度更新用）

### 経皮的卵円孔開存閉鎖術 実施施設・術者認定更新申請書

#### チェックリスト

##### 【CVIT施設】

##### 実施施設認定更新の場合

##### 申請書類一式

- 様式 A-1 チェックリスト
- 様式 A-2 実施施設認定更新申請書
- 様式 A, B共通-4 各種専門医在籍証明書
- 様式 A, B共通-5 症例登録事業に参加する誓約書
- 様式 A, B共通-6 申請料振込み控えコピー貼り付け用紙
- 様式 A, B共通-7 CVITホームページの「実施施設一覧」への掲載同意書
- 様式 A, B共通-8 日本脳卒中学会認定研修教育施設と連携の場合、診療連携を示す文書  
(該当施設のみ)
- 様式 A-9 認定期間内（3年間）における経食道心エコー図、バブルテスト、PFO閉鎖術の症例実績（Excel）

##### 添付書類

##### 【施設の認定証のコピー】

- 日本循環器学会認定循環器専門医研修施設の認定証コピー
- 日本心血管インターベンション治療学会認定研修施設の認定証コピー
- 心臓血管外科専門医認定機構による修練施設の認定証コピー
- 日本脳卒中学会認定研修教育施設の場合、認定証、もしくは掲載されているホームページのコピー
- 医療安全研修を開催していることが証明できる書類のコピー

##### 【医師の認定証のコピー】

- 日本循環器学会認定循環器専門医の認定証のコピー3名分
- 日本心血管インターベンション治療学会認定医、専門医、または名誉専門医の認定証のコピー3名分
- 心臓血管外科専門医認定機構による心臓血管外科専門医の認定証のコピー1名分
- 日本超音波医学会認定超音波専門医、日本周術期経食道心エコー（JB-POT）認定試験合格者、ないし 日本心エコー図学会が認証している「SHD 心エコー図認証医」の認定証1名分
- 日本脳卒中学会専門医の認定証のコピー1名分

##### 実施医認定更新の場合

##### 申請書類一式

- 様式 A-3 実施医認定更新申請書
- 様式 A-9 認定期間内（3年間）における術者別PFO閉鎖術の症例実績（Excel）

### 【医師の認定証のコピー】

- 日本循環器学会認定循環器専門医の認定証のコピー
- 日本心血管インターベンション学会認定医、専門医、または名誉専門医の認定証コピー

### 【JCIC施設】

#### 実施施設認定更新の場合

1) こども病院もしくは小児科のみが心房中隔治療を行う総合病院の場合 **申請書類一式**

- 様式 A-1 チェックリスト
- 様式 A-2 実施施設認定更新申請書
- 様式 A, B共通-6 申請料振込み控えコピー貼り付け用紙
- 様式 A, B共通-7 CVITホームページの「実施施設一覧」への掲載同意書
- 様式 A, B共通-8 日本脳卒中学会認定研修教育施設と連携の場合、診療連携を示す文書  
(該当施設のみ)
- 様式 A-9 認定期間内（3年間）におけるバブルテスト、PFO閉鎖術の症例実績（Excel）

### 添付書類

#### 【施設の認定証のコピー】

- 日本脳卒中学会認定研修教育施設の場合、認定証、もしくは掲載されているホームページのコピー
- 医療安全研修を開催していることが証明できる書類のコピー
- 経皮的心房中隔欠損閉鎖術の施設認定証のコピー

#### 【医師の認定証のコピー】

- 日本循環器学会認定循環器専門医の認定証のコピー1名分
- 日本脳卒中学会専門医の認定証のコピー1名分
- 経皮的心房中隔欠損閉鎖術の術者認定証のコピー

2) 循環器内科が卵円孔開存閉鎖術を実施している総合病院の小児例の場合

#### **申請書類一式**

- 様式 A-2 実施施設認定更新申請書

### 添付書類

#### 【施設の認定証のコピー】

- 経皮的心房中隔欠損閉鎖術の施設認定証のコピー

#### 【医師の認定証のコピー】

- 経皮的心房中隔欠損閉鎖術の術者認定証のコピー

#### 実施医認定更新の場合（小児循環器施設の術者）

#### **申請書類一式**

- 様式 A-3 実施医認定更新申請書

### 添付書類

#### 【医師の認定証のコピー】

- 経皮的心房中隔欠損閉鎖術の術者認定証

潜因性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術  
実施施設認定更新申請書

20 年 月 日

経カテーテル的心臓短絡疾患治療基準管理委員会 御中

当施設は、潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の実施施設として、申請書・添付書類の内容に間違いがないことを確認し、認定更新を申請します。

閉鎖システム : AMPLATZER PFO Occluder Gore CARDIOFORM Septal Occluder

フリガナ		
施設名		
フリガナ		
施設長 氏名		
施設 郵便番号	〒	—
フリガナ		
施設 住所		
電話番号	( )	—
FAX 番号	( )	—

担当科		
フリガナ		
担当科責任者 氏名		
E-mail アドレス	@	
フリガナ		
実務連絡者 氏名		
E-mail アドレス	@	

潜因性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術  
実施医認定更新申請書

20 年 月 日

経カテーテル的心臓短絡疾患治療基準管理委員会 御中

当施設は、経皮的卵円孔開存閉鎖術の実施医として、以下の医師の認定更新を申請します。

※様式A-2と同様の場合は施設、担当科概要の記入は不要。認定更新を申請する実施医概要を記載。

フリガナ	
施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	
施設 郵便番号	〒 一
フリガナ	
施設 住所	
電話番号	( ) 一
FAX 番号	( ) 一

担当科	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	
E-mail アドレス	@
フリガナ	
実務連絡者 氏名	
E-mail アドレス	@

実施医氏名	E-mailアドレス	APO術者認定の有無	GSO術者認定の有無

※APO : AMPLATZER PFO Occluder、GSO : Gore CARDIOFORM Septal Occluder

※施設認定とは別に実施医の継続更新のみを申請する場合は、以下の書類を添付する。

- ・日本循環器学会認定循環器専門医の認定証のコピー
- ・日本心血管インターベンション治療学会認定医、専門医、または名誉専門医の認定証のコピー
- ・直近3年間（2020年1月1日～2020年12月31日）の症例実施一覧（様式A-9、術者毎リスト）
- ・経皮的心房中隔欠損閉鎖術の術者認定証コピー（小児循環器施設の術者）

## 専門医在籍証明書

施設名

日本循環器学会認定循環器専門医（代表者3名を記載）

	氏名	認定番号
1		
2		
3		

日本心血管インターベンション治療学会認定医、専門医、もしくは名誉専門医（代表者3名を記載）

	氏名	認定番号
1		
2		
3		

日本脳卒中学会専門医（代表者1名を記載）

	氏名	認定番号
1		

心臓血管外科専門医認定機構による心臓血管外科専門医（代表者1名を記載）

	氏名	認定番号
1		

日本超音波医学会認定超音波専門医、日本周術期経食道心エコー（JB-POT）認定試験合格者、  
ないし日本心エコー図学会が認証している「SHD 心エコー図認証医」（代表者1名を記載）

	氏名	資格	認定番号
1		日超医 JB-POT SHD 心エコー	

## 症例登録事業に参加する誓約書

経カテーテル的心臓短絡疾患治療基準管理委員会 御中

当施設は潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の症例登録事業に参加し、CVITのNCDデータベース(J-SHD)に全症例登録することを誓約します。登録を実行しない、あるいは虚偽のデータを入力したことが判明した場合、潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術の施行実施施設認定を取り消されても、異議の申し立ては行いません。

施設名

担当科	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	

潜因性脳梗塞に対する経皮的卵円孔開存閉鎖術  
申請料振り込み控えコピー一貼付用紙

施設名 : \_\_\_\_\_

申請料 : 50,000円

※登録料50,000円は、認定後に別途請求

振込先 :

金融機関 : みずほ銀行

支店名 : 新川支店

種 別 : 普通

口座番号 : 3011583

口座名義 : 一般社団法人日本心血管インターベンション治療学会 PFO

※スペースが足りない場合は追加のA4用紙に貼付して提出すること。

CVIT ホームページ  
「認定施設一覧」に登録する同意書

経カテーテル的心臓短絡疾患治療基準管理委員会 御中

当施設は「日本心血管インターベンション治療学会」のホームページ上にある「認定施設一覧」に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

施設名 \_\_\_\_\_

担当科	
フリガナ	
担当科責任者 氏名	

## 脳卒中－循環器診療連携の文書

西暦 年 月 日

\*申請を行う施設が日本脳卒中学会認定研修教育施設でない場合に、本紙を提出すること

両施設は、潜因性脳梗塞に対する卵円孔開存閉鎖術の実施に際し連携し、定期的なブレインハートチーム協議を実施いたします。

フリガナ	
閉鎖術実施施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	
フリガナ	
施設 住所	〒 一
電話番号	( ) 一
フリガナ	
担当医師 氏名	
E-mail アドレス	@

フリガナ	
連携脳卒中施設名	
フリガナ	
施設長 氏名	
フリガナ	
施設 住所	〒 一
電話番号	( ) 一
フリガナ	
担当医師 氏名	
E-mail アドレス	@