**BPA実施医申請書**

BPA実施医として申請される場合は、以下の項目にご記入の上、

BPAワーキンググループに申請してください

　　　　　　年　　　月　　　日

BPAワーキンググループ御中

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | 　フリガナ |
| 　 |
| 担当科 |  |
| 実施医申請者氏名 | 　フリガナ |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印 |
| 施設住所 | 　フリガナ |
| 　〒　　　　　　- |
| 電話番号 | 　（　　　　　　　）　　　 　　　－ |
| FAX番号 | 　（　　　　　　　）　　　 　　　－ |
| E-mail |  |
| 担当科責任者氏名 | 　フリガナ |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| E-mail | 　 |

■BPAを第1術者として指導医のもと実施されたセッション数と実際の指導者のお名前をご記入ください。※カテーテルレポートを併せてお送りください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | セッション数 | 実施施設名 | 指導医 |
| 指導医あり | 　 | 　 | 　 |
| 　 |