様式１

日本循環器学会ライブデモンストレーション申告書

申請日　（西暦）　　　年　　　月　　日

日本循環器学会

学術委員会委員長殿

施設名：

申請者氏名（自署）：

１）ライブデモンストレーション主催者団体名：

同団体代表者名：

２）ライブデモンストレーション実施施設名①：

同施設における治療実施責任者名：

（※）ライブデモンストレーション実施施設名②：

同施設における治療実施責任者名：

（※）ライブデモンストレーション実施施設名③：

同施設における治療実施責任者名：

（※）複数の実施施設から中継する場合に記入すること

３）治療に用いる手技名と予定症例数：

□経皮的僧帽弁接合不全修復術 例

□経皮的左心耳閉鎖術 例

□バルーン肺動脈形成術 例

４）患者からの同意書：

□全例取得済み（本書類に添付）

□一部症例で未取得（実施日までに必ず全例から取得）：取得済み　 例（本書類に添付）、未取得　　例

５）ビデオ収録ではなくライブデモンストレーションを開催する必要性：

６）ライブデモンストレーション実施予定日：（西暦）　　　年　　　月　　　日

７）予算

開催予算総額：　　　　　　　　　　　　　　円

協賛企業名①： 協賛金額： 円

協賛企業名②： 協賛金額： 円

協賛企業名③： 協賛金額： 円

協賛企業名④： 協賛金額： 円

協賛企業名⑤： 協賛金額： 円

協賛企業名⑥： 協賛金額： 円

８）連絡担当者氏名：

所属施設名：

電話：

e-mail：

９）添付書類（いずれも写しで可）

* ライブデモンストレーションの案内状（プログラムの内容がわかるもの）
* ライブデモンストレーションの倫理委員会承認書
* ライブデモンストレーション参加に関する患者説明文書および署名済みの同意書

10）治療チーム

術者氏名：

所属先：

経食道エコー担当医氏名：

所属先：

氏名：

所属先：

役割：

氏名：

所属先：

役割：

注）記載スペースが不足する項目については、適宜追加して記入すること。