（様式１）

**トランスサイレチン型心アミロイドーシスに対する疾患修飾薬導入医師認定**

**更新申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | フ　リ　ガ　ナ | | | | |
|  | | | | |
| 施設長氏名 | フ　リ　ガ　ナ | | | | |
| 公印 | | | | |
| 施設住所 | 〒　　　- | | | | |
| TEL： | | FAX： | | |
| 施設基準 | 🞎 臨床研究中核病院　 🞎 特定機能病院　　 🞎 その他 | | | | |
| 所属専門医数 | 循環器内科専門医　　 名 | 神経内科専門医　　 名 | | 血液内科専門医　　 名 | |
| 病理専門医　　　　　 名 | 放射線科専門医　　 名 | |  | |
| 担当科 |  | | TEL： | | |
| FAX： | | |
| 責任者 | フ　リ　ガ　ナ | | | | 職位： |
| 印 | | | |
| e-mail : | | | | |
| 実施医 | フ　リ　ガ　ナ | | | | 職位： |
| 印 | | | |
| e-mail : | | | | |
| TEL： | | FAX： | | |
| 年齢 | 歳　　（医師免許取得日　　　　　　年　月　日） | | | | |
| 循環器専門医資格 | 🞎　有　（取得　　　年、専門医番号No.　　　　　　　）　🞎　無 | | | | |

（様式２）

**トランスサイレチン型心アミロイドーシスに対する疾患修飾薬導入症例全例登録報告書**

所属施設：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　申請者氏名：

認定期間中（2025年6月末日まで）の初回処方症例数ならびに、疾患修飾薬導入症例全例登録に登録いただいた投与症例数を自己申告ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 初回処方症例数 | 件 |

|  |  |
| --- | --- |
| 登録症例数 | 件 |

＊初回認定の際に誓約いただきましたが、一旦導入された患者への継続処方については、患者さんの利便性を考慮して、後方病院でも可とするが、導入した施設・医師は臨床経過の追跡調査が可能な状態を維持すること