

郵送先：〒570-0081

大阪府守口市日吉町 2-5-15

ジェイドルフ製薬㈱ ジオン部

四段階注射法講習会 事務局 TEL：06-7507-2192

提出用①

使用施設登録用紙と合わせてご提出ください。

西暦 年 月 日

内痔核治療法研究会 代表世話人 殿

四段階注射法講習会「受講証」交付申請書・手術見学実施書

以下のとおり四段階注射法講習会（WEBセミナー）を聴講し、ALTA療法による手術見学を実施いたしましたので申請いたします。

申請者氏名 (署名または記名・捺印)		印
所属医療機関名		
診療科名		
受講日 (WEBセミナー)	西暦 年 月 日	
連絡先(医療機関住所) (受講証送付先)	〒 _____	
連絡先(TEL)	() —	
連絡先 E-mail		@

【ALTA療法手術見学実施書】

※ ①WEBセミナー受講後の場合は2年以内に1例

② WEBセミナー受講前の場合は過去2年以内の5例

医療機関名				
診療科名				
ALTA療法実施医師名 (署名または記名・捺印)				印
※ ※受講日以降の場合は1例で可 手術日・患者情報 (性・年齢)	年 月 日	(男・女)		歳
	年 月 日	(男・女)		歳
	年 月 日	(男・女)		歳
	年 月 日	(男・女)		歳
	年 月 日	(男・女)		歳
手術内容(いずれの治療も見学した場合は両方を○で囲む)	ALTA 単独療法 ・ ALTA 併用療法			

※1 複数の医療機関での見学実績で申請する場合は、医療機関毎にご用意ください

※2 記載漏れがありますと「受講証」交付に時間を要しますのでご注意ください