**喉頭形成術（チタンブリッジを用いるもの）**

**手術講習会受講申込書**

記入日：　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属医療機関 | 科名：  都道府県： |
| **連絡が取れるメールアドレス＊** | E-mail: |

＊: e-learning受講のパスワードを設定する際にe-mailが必要となります、必ずご記載下さい。

チタンブリッジ手術のための施設基準

・常勤の耳鼻咽喉科学会専門医2名以上で、このうち1名以上は、実施医基準を満たすこと

・音声障害に対する言語聴覚士による音声指導、音声訓練（連携医療施設も含む）が可能であること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 専門医1 | 氏名：  実施医基準　□満たす　□満たさない | 専門医認定番号：  取得年月日：　　　年　　月　　日  有効期間：　　　　年　　月　　日 |
| 専門医2 | 氏名：  実施医基準　□満たす　□満たさない | 専門医認定番号：  取得年月日：　 年　 月 　日  有効期間：　　 年 　月　 日 |
| 言語聴覚士 | 氏名：  所属医療機関： | |