

## Coolief 疼痛管理用高周波システム講習プログラム修了証申請

申請にあたり、以下の書類を一般社団法人日本関節病学会に送付すること。

- 1) 確認書
- 2) 一般社団法人日本関節病学会が認定する講習プログラム及び製造販売業者の講習プログラムの受講証明書（一般社団法人日本関節病学会非認定医の場合）
- 3) 製造販売業者の講習プログラムの受講証明書（一般社団法人日本関節病学会認定医の場合）

送付先

一般社団法人 日本関節病学会 事務局

〒100-0003

東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 パレスサイドビル

株式会社毎日学術フォーラム内

## 確認書

Coolief 疼痛管理用高周波システム講習プログラム修了証申請にあたり、以下の項目を確認しチェック☑をお願いします。

- 1. 一般社団法人日本関節病学会会員である。
- 2. 日本専門医機構整形外科専門医または一般社団法人日本関節病学会認定医である。
- 3. 緊急時に適切な処置を講ずる機能の有する施設である。またはそのような医療機関と連携体制を有する。連携医療機関名\_\_\_\_\_
- 4. 一般社団法人日本関節病学会認定医の場合、製造販売会社が提供する講習プログラムを受講し、受講証明書を同封した。
- 5. 一般社団法人日本関節病学会認定医ではない場合、一般社団法人日本関節病学会が認定する講習プログラムと製造販売会社が提供する講習プログラムの両方を受講し、2つの受講証明書を同封した。
- 6. Coolief 疼痛管理用高周波システムの機器の構造、適応と禁忌、手技、臨床成績と有害事象・合併症に関して理解した。
- 7. 有害事象・合併症が発生した時には、速やかに一般社団法人日本関節病学会に通知する義務があることを理解した。

年 月 日

ご施設名

ご施設住所

お名前