

乳房増大エキスパンダー及びインプラント使用に関する 実施医師更新のご案内

2017年12月
一般社団法人 日本形成外科学会
理事長 中塚 貴志
ブレストインプラントガイドライン管理委員会
委員長 三鍋 俊春

一般社団法人日本形成外科学会ブレストインプラントガイドライン管理委員会では、「外傷・先天異常に対する乳房再建、ならびに乳房増大を目的としたゲル充填人工乳房および皮膚拡張器に関する使用要件基準」に基づき実施医師登録の更新を行っております。

2018年は2015年に乳房増大エキスパンダー/インプラント講習会を受講し、実施医師登録を行った方の講習会再受講年になります。

実施医師登録の更新を希望する場合は、来年の第61回日本形成外科学会総会、または第41回日本美容外科学会総会の会期中に開催を予定しております講習会を忘れずに受講いただき、更新申請を行うようお願い申し上げます。

講習会の受講ならびに実施医師の更新をしない場合、薬事承認されているアラガンジャパン社のエキスパンダー/インプラント製品の使用が出来なくなります。

<更新該当者>

乳房増大エキスパンダー/インプラント講習会を受講し、実施医師登録を行っており、実施医師登録番号が【Z15□□□の医師登録番号の方】。

*医師登録番号のアルファベットの次に来る2桁の数字が「15」の方は、2015年に講習会を受講した方です。2015年の講習会受講による医師登録の有効期限は2019年3月末までとなっておりますので、2018年内に再度講習会を受講し医師登録の更新を行う必要があります。

なお、講習会の詳細な内容及びお申込み方法は、今後の日形会誌に掲載する予定です。

<更新方法>

学会ホームページに更新の手引きおよび申請書の掲載がございますので、こちら (http://www.jsprs.or.jp/member/application_forms/) からダウンロードをしてお使いください。

1. 登録申請提出書類

下記書類を、上から番号順に整理してご提出下さい。

- 1) 実施医師登録更新申請用紙 【様式(更増)A-02】
- 2) 日本形成外科学会認定の形成外科専門医(形成外科領域専門医)もしくは日本美容外科学会(JSAPS)認定の専門医認定証(写し)
- 3) 直近に受講した乳房増大エキスパンダー/インプラント講習会受講証明書(1回分の写し)
- 4) 審査登録料振込の領収書(写し)
- 5) ホームページ掲載の許諾(不可の者のみ) 【様式 AB-α】

2. 書類提出期間

随時受付、認定審査のうえ登録更新を行います。

但し、乳房増大用エキスパンダー/インプラント実施施設の更新審査会は2019年3月に開催いたしますので、すでに実施施設の医師構成として登録済みの方で実施医師登録の更新を希望する方は、**2019年1月末日まで**に実施医師登録の更新申請書を事務局までお送りください。

3. 書類送付先および審査・登録料振込先

- 1) 申請書類は、簡易書留もしくはレターパックにて委員会へ送付して下さい。
- 2) 送付先宛名の余白に『乳房増大医師更新』と朱字でご記載下さい。

〒169-0072 東京都新宿区大久保2-4-12 新宿ラムダックスビル9F
一般社団法人日本形成外科学会 ブレストインプラント管理委員会 宛
TEL: 03-5287-6773

【審査・登録料送金先】

※郵便局より送金の場合※

郵便振替口座：00130-5-634037
加入者名：ブレストインプラント管理委員会
(カ ナ)：ブレストインプラントカンリイインカイ

※銀行より送金の場合※

銀行名：ゆうちょ銀行 支店名：〇一九(ゼロイチキュウ)店
口座番号：当座：0634037
名義：ブレストインプラント管理委員会
(カ ナ)：ブレストインプラントカンリイインカイ

※1) 振込みは郵便局備え付けの用紙をご使用ください。

※2) エクスパンダー、インプラント一括認定

※3) 更新実施医師申請審査・登録料：5,000円

※4) 通信欄には「更新実施医師登録料(乳房増大)」と必ずご記載ください。

4. 申請審査の結果の発表および登録

実施医師審査・登録後に葉書にて医師登録番号を送付します。

なお、実施医師として登録される方についてはホームページ上での公開(氏名、所属、診療科)を予定しています。

非公開を希望される方は必ず【様式 AB-α】にてその旨をご提出ください。

5. 注意事項

①記載は、印字か、黒インクまたはボールペンを用いて楷書で記載してください。
用紙の所定欄に納まるよう作成してください。

②医師登録の有効期限が過ぎた場合について

実施医師登録有効期間が過ぎた状態のまま、乳房増大用エキスパンダー/インプラントの実施施設更新申請を行った場合において、施設代表実施医師の実施医師登録有

効期限が切れている場合には施設の認定が認められません。また、施設代表実施医師ではない実施医師においても登録医師構成内から削除となり、認定内容の変更等の可能性もありますので、くれぐれもご注意ください。

<問い合わせ先>

〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル 9F
一般社団法人 日本形成外科学会ブレストインプラントガイドライン管理委員長
FAX: 03-5291-2176 e-mail: jsprs-office01@shunkosha.com

※ お手数ですが、お問い合わせはメールあるいはFAX等書面にてお送り頂けますようお願い申し上げます。