

一般社団法人 日本形成外科学会
**乳房増大用エキスパンダーおよびインプラント
 実施施設申請書**

年 月 日（西暦）

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 御中

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が作成した『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、エキスパンダーおよびインプラント実施施設の登録を申請致します。

記

診療施設名（病院名）

施設長氏名（病院長）

公印

所在地

申請者（施設代表実施医師）

実施医師登録番号（ ）

同職名

TEL（ ）—（ ）—（ ） 内線（ ）

FAX（ ）—（ ）—（ ）

E-mail：（ ）

※以下の欄は事務局にて使用のため記載不要※

受付日 年 月 日	登録番号	
------------------	------	--