

乳房増大エキスパンダーおよびインプラント使用に関する 実施医師更新の公示

2016年12月20日
一般社団法人 日本形成外科学会
理事長 細川 互
ブレストインプラントガイドライン管理委員会
委員長 矢野 健二

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」に基づき実施医師の登録更新を実施しています。

以下の内容を精読いただき該当者はお申込み下さい。

1. 実施医師登録更新該当者

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いるもの。

2. 実施医師登録有効期間の見方

実施医師登録番号のアルファベットの次にくる2桁の数字で講習会の受講年度が分かる仕組みになっていますので，実施医師登録番号を各自ご確認下さい。

なお，実施医師登録の登録有効期間は講習会受講証明書に記された受講年度から3年後の年度末（3月末）のため，その後の実施医師登録継続には最低3年に1度の講習会受講が必要となってきます（2014年4月に受講をした方は2018年3月まで有効）。つまり，有効期間は，実施医師登録開始から3年ではなく，実施医師登録に用いた講習会の受講年によって有効期間が発生しますので，ご注意下さい。

有効期間の3年間の間に，複数回受講により有効期間延長を伴う実施医師登録継続申請を行うこともできます。

実施医師登録番号の見方

● Z14 □□□の実施医師登録番号の方

実施医師登録番号のアルファベットの次にくる2桁の数字が「14」の方は，2014年に講習会を受講した方です。2014年の講習会受講による実施医師登録の有効期限は2018年3月末までとなっていますので，2017年内までに再度講習会を受講し実施医師登録の更新を行って下さい。

● Z15 □□□の実施医師登録番号の方

実施医師登録番号のアルファベットの次にくる2桁の数字が「15」の方は，2015年に講習会を受講した方です。2014年の講習会受講による実施医師登録の有効期限は2019年3月末までとなっていますので，2018年内までに再度講習会を受講し実施医師登録の更新を行って下さい。

3. 登録申請書類

学会ホームページ（http://www.jsprs.or.jp/member/application_forms/）からダウンロードをして下さい。

4. 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形成外科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) 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】

5. 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。

2018年に開催される乳房再建用エキスパンダー/インプラント実施施設の更新審査会は2018年3月に開催致しますので、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、2018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下さい。

6. 書類送付先および認定審査登録料振込先

- 1) 登録申請書類は、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『乳房増大医師登録更新』と**朱字**でご記載下さい。

【書類送付先】

〒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 プレストインプラント管理委員会 宛
TEL: 03-5287-6773

【審査料送金先】

郵便局より送金の場合

郵便振替口座: 00130-5-634037
加入者名: プレストインプラント管理委員会
(カナ): プ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: プレストインプラント管理委員会
(カナ): プ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下さい。
- 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)」と必ずご記載下さい。

7. 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実施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下さい。

8. 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下さい。

用紙の所定欄に納まるよう作成して下さい。

②実施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を過ぎたまま、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、くれぐれもご注意下さい。

9. 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 9 F

一般社団法人日本形成外科学会 プレストインプラントガイドライン管理委員長

TEL : 03-5287-6773 FAX : 03-5291-2176

E-mail : jsprs-office01@shunkosha.com

※お問い合わせはメールまたは FAX 等書面にてお送り下さいますようお願い致します。