

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 実施施設認定更新（年次報告）についてのお知らせ

2015年12月
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

「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として認定された施設は，毎年12月末までに手術を施行した使用症例について，翌年はじめに一般社団法人日本形成外科学会に対し年次報告を行う必要があります。

なお年次報告と同時に翌年度の継続申請を受け付けますので，既に実施施設認定を受けている施設は，以下の所定の様式を使用の上継続申請および症例報告の年次報告書類を提出して下さい。

1. エクスパンダーおよびインプラント実施施設認定更新申請の書類

学会ホームページより書式をダウンロードして下さい。

下記書類を，上から番号順に整理してご提出下さい。

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1) 実施施設更新申請用紙 | 【様式（更増）B-01】 |
| 2) 実施施設年次報告書 | 【様式（更増）B-02】 |
| 3) エクスパンダー症例報告書 | 【様式（更増）B-03】 |
| 4) インプラント症例報告書 | 【様式（更増）B-04】 |
| 5) 施設代表実施医師履歴書 | 【様式（更増）B-05】 |
| 6) 実施施設内容説明書 | 【様式（更増）B-06】 |
| 7) 実施施設変更届 | 【様式（更増）B-07】 ※変更のある場合のみ提出 |
| 8) 実施施設認定更新料振込の領収書（写し） | |

様式（更増）B-01 実施施設更新申請用紙

エキスパンダーおよびインプラント実施施設認定を更新する場合は，ご記入の上，提出して下さい。

様式（更増）B-02 実施施設年次報告書

ご記入の上，提出して下さい。

※更新を希望しない場合も年次報告は必要になりますので，必ず提出をして下さい。

様式（更増）B-03 エクスパンダー症例報告書

「合併症の有無」は有，無のいずれか選択して下さい。この症例報告の合併症は，2015年中に手術を行った症例の合併症および転帰を記載して下さい。なお，合併症がない場合は「合併症の内容」の欄は未記入でかまいません。

※更新を希望しない場合も症例報告は必ず提出をして下さい。

様式 (更増) B-04 インプラント症例報告書

「合併症の有無」は有、無のいずれか選択して下さい。この症例報告の合併症は、2015年中に手術を行った症例の合併症および転帰を記載して下さい。なお、合併症がない場合は「合併症の内容」の欄は未記入でかまいません。

※更新を希望しない場合も症例報告は必ず提出をして下さい。

様式 (更増) B-05 施設代表実施医師履歴書

署名欄は施設代表実施医師名で署名・捺印をして下さい。

様式 (更増) B-06 実施施設内容説明書

実施医師の構成を記入して下さい。

なお、記入欄が足りない時は用紙をコピーして追加記入をお願いします。

様式 (更増) B-07 実施施設変更届

医師構成および、施設実施医師に変更がある場合は提出して下さい。

症例報告書に記載する期間は、**2015年1月1日から2015年12月31日まで**（途中で新規認定を受けた施設は認定を受けた月から**2015年12月31日**）までとなります。なお症例報告書および施設更新の申請書の提出がない場合は2016年3月31日をもって施設の認定は取り消されます。また、次年度の継続申請希望がない場合も症例の報告は必要ですので、その場合は**様式 B-02, B-03, B-04**の書類をご提出下さい。

2. 書類提出期間

2016年1月15日（金）～2016年2月12日（金）【必着】

3. 書類送付先および認定審査料振込先

- 1) 登録申請書類は、簡易書留また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『乳房増大更新』と朱字して下さい。

【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ガイドライン管理委員会宛
TEL：03-5287-6773 FAX：03-5291-2176

【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) エキスパンダー、インプラント一括認定
- 3) 実施施設更新審査・登録料：10,000円
- 4) 通信欄には「実施施設更新審査料（乳房増大）」と必ずご記載下さい。

4. 認定審査の結果の発表および登録

認定審査の結果は、認定証の発送をもって結果通知にさせていただきます。

5. 申請書類記入・作成に関する注意事項

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。

6. 問い合わせ先（お問い合わせはメールまたは Fax にてお願いいたします）

〒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会宛
TEL：03-5287-6773 FAX：03-5291-2176

E-mail：jsprs-office01@shunkosha.com

※お手数でございますが、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。