

外傷・先天異常ならびに乳房増大用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の手引き

2020年4月

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
委員長 森 弘樹

一般社団法人日本形成外科学会は、「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，実施施設認定の審査・登録を行います。

実施施設認定を申請する際には実施医師登録済みの常勤医が在籍していることが必須条件となっております。なお，本認定ではエキスパンダーおよびインプラントは一括認定となります。詳しくは学会ホームページ (<http://www.jsprs.or.jp/member/committee/module/19/standard.pdf>) をご覧ください。

1. 実施施設認定申請の資格

「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，下記の基準を満たす施設はエキスパンダーおよびインプラント実施施設として申請を行うことができます。

《エキスパンダーおよびインプラント》

実施医師基準で示す形成外科専門医または美容外科専門医が常勤で所属している施設。

2. 施設認定に伴う報告義務と継続申請について

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，12月末までに手術を施行した使用症例について，翌年に年次報告を毎年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。また，死亡例など重篤な有害事象が生じた場合は，遅滞なく学会に対して報告を行う必要があります。

3. 登録申請提出書類

学会ホームページより書式をダウンロードしてください。

下記書類を，上から番号順に整理してご提出ください。

《エキスパンダーおよびインプラント実施施設》

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| 1) エクスパンダーおよびインプラント実施施設申請書類 | 【様式 (新增) B-01】 |
| 2) 施設代表実施医師履歴書 | 【様式 (新增) B-02】 |
| 3) 施設代表実施医師の実施医師登録完了葉書 | (写し) |
| 4) 実施施設内容説明書 (医師構成について) | 【様式 (新增) B-03】 |
| 5) 実施施設認定料振込の領収書 | (写し) |

4. 書類提出期間

【2020年第1回認定審査】

- ①書類提出期間：2020年4月1日～2020年5月31日（必着）
- ②認定審査会：2020年6月中旬予定

【2020年第2回認定審査】

- ①書類提出期間：2020年6月1日～2020年7月31日（必着）
- ②認定審査会：2020年8月中旬予定

【2020年第3回認定審査】

- ①書類提出期間：2020年8月1日～2020年11月30日（必着）
- ②認定審査会：2020年12月中旬予定

----- 上記までが当年度更新審査（症例報告）対象となります。 -----

【2020年第4回認定審査】

- ①書類提出期間：2020年12月1日～2021年1月31日（必着）
- ②認定審査会：2021年2月中旬予定

5. 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ください。
- 2) 送付先宛名の余白に『乳房増大』と赤字で記載ください。

【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

【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（ゼロイチキユウ）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) 振り込みは郵便局備え付けの用紙をご使用ください。
- ※2) エキスパンダー，インプラント一括認定
- ※3) 新規実施施設審査・登録料：30,000円
- ※4) 通信欄には「新規実施施設審査料(乳房増大)」と必ず記載ください。

6. 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とさせていただきます。

7. 申請書類記入・作成に関する注意事項

印字、または黒の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。

8. 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管理委員会 宛
TEL：03-5287-6773

E-mail：jsprs-office01@shunkosha.com

※お問い合わせはメールでお送りくださいますようお願いいたします。

以上