(指導医認定・申請書)

年　　月　　日

頭頸部イルミノックス治療

指導医認定申請書

日本頭頸部外科学会

頭頸部イルミノックス治療運営委員会御中

所属機関

職名

申請者氏名

　（印または署名）

頭頸部イルミノックス治療に関し指導医の認定を受けたく、ここに申請致しますのでご審査願います。

【添付資料】

* 本治療の講習会受講修了証（写し）
* 症例一覧表

【書類提出先】

日本頭頸部外科学会 事務局

頭頸部イルミノックス治療運営委員会  
〒135-0033東京都江東区深川2-4-11  
一ツ橋印刷（株）学会事務センター  
TEL: 03-5620-1953  
FAX: 03-5620-1960  
E-mail: [hns-illuminox@onebridge.co.jp](mailto:hns-illuminox@onebridge.co.jp)

(指導医認定・症例一覧表)

年　　月　　日

症例一覧表

イルミノックス治療に関し、2例以上の施術歴\*が必要（治療サイクル数は問わず）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 患者識別  情報\*\* | 原発巣の  部位 | イルミノックス  治療サイクル | 施術日   年/月/日（西暦） |
| 1 |  |  |  | / 　　/ |
|  | / 　　/ |
|  | / 　　 / |
|  | / 　　 / |
| 2 |  |  |  | / 　　/ |
|  | / 　　 / |
|  | /　　 / |
|  | / 　　 / |
| 3 |  |  |  | / 　　 / |
|  | / 　　 / |
|  | / 　　/ |
|  | / 　　 / |

\*施術歴として、国内第I相試験（RM-1929-102）および第III相臨床試験（ASP-1929-301）の実施経験を含めることができるものとする。

\*\*患者識別情報は、臨床試験や製造販売後調査の施設ID、症例登録番号を記載するが、未登録の場合は、生年・性別（1945年、男性）などの記載も可とする。ただし、個人情報に該当する情報は記載しないこと（記載してはいけない情報の例：生年月日、施設内の患者識別番号など）。