

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 実施医師登録の手引き

2015年5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を実施いたします。実施施設としての認定を申請する際には，実施医師基準を満たす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，エキスパンダーおよびインプラント実施医師は一括登録となります。詳しくは学会ホームページ (http://www.jsprs.or.jp/member/application_forms/) をご覧下さい。

1. 実施医師登録申請者の資格

実施医師登録申請者の資格は，「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，下記の基準を満たす必要があります。なお，医師登録はエキスパンダー/インプラント共通の実施医師として登録されます。

<エキスパンダーおよびインプラント>

【実施医師】

- i) 日本形成外科学会認定の形成外科専門医または日本美容外科学会（JSAPS）認定の専門医，およびそれらの専門医の指導下で研修を行う医師。
- ii) 日本形成外科学会が主催・認定する講習会を受講し，エキスパンダーおよびインプラント使用方法や注意点について理解している医師。

●有効期間について●

基準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（2015年4月に受講をした医師は2019年3月まで有効）。

なお，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医師登録継続申請を行うこともできます。

2. 登録申請書類

「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」に基づく乳房増大エキスパンダー/インプラント講習会を受講した際に配布される実施医師登録申請書をご使用下さい。

また，ホームページからのダウンロードも可能です。

3. 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) 実施医師登録申請用紙 | 【様式 (新增) A-01】 |
| 2) 日本形成外科学会認定形成外科専門医の認定証 | (写し) |
| 3) 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 (新增) AB-α】 |

4. 書類提出期間

随時受付, 認定審査のうえ登録を行います。

5. 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』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 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 (ゼロイチキュー) 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) 新規実施医師申請審査・登録料: 20,000円
※4) 通信欄には「新規実施医師登録料 (乳房増大)」と必ずご記載下さい。

6. 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 (新增) AB-α】にてその旨をご提出下さい。

7. 申請書類記入・作成に関する注意事項

- 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。
- 2) 用紙の所定欄に納まるよう作成して下さい。

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 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 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または FAX 等書面にてお送り頂けますようお願い申し上げます。