

内視鏡領域用ヒストアクリル 専用注文書

(血管内塞栓促進用補綴材)

受注センター

FAX:0120-552-360

ご注文日 年 月 日

注文締切:14時、出荷は翌稼働日

貴社名					
病院名 施設要件を満たしている施設					
電話番号		FAX番号			
貴社発注番号		ご担当者名			
発送指定		☐ 運送会社営業所止め 便 営業所 センターコード:			
到着日指定		月 日		※温度管理品の為、「時間指定不可」、「陸便での発送」となります。(沖縄県のみ航空便で発送)	
直送先名	名称				
	住所				
	TEL / FAX	電話番号		FAX番号	
特記事項					

※下記要件を満たす事が必須となっておりますので、ご確認の上、口に✓(チェック)して頂きますようお願い致します。

☐ 販売・流通管理要件

- ・製造販売元出荷単位で医療機関等に販売する(1本単位の販売は不可)
- ・IVR領域/脳血管領域用途には本品を流通させないこと
- ・22℃以下での在庫、流通管理を行うこと(温度管理品のため返品不可)

☐ 施設要件

- ・日本消化器内視鏡学会の指導施設 <https://www.iges.net/medical/specialist/instruct-list>
- ・日本消化器病学会の認定施設または関連施設 https://www.jsge.or.jp/wp-content/uploads/2023/08/shisetsu_202301.pdf
- ・上記以外で緊急対応の出来る施設

☐ 術者要件

- ・日本消化器内視鏡学会専門医(以下、専門医)である場合
- ・専門医以外でも、食道・胃静脈瘤に対して内視鏡治療の経験を十分に有する医師である場合
- ・専門医以外でも、食道・胃静脈瘤治療に精通した内視鏡医の指導のもとに実施する場合

品番	品名	数量	単位	BBAJ社内処理欄
1050014	内視鏡領域用ヒストアクリル (5本入/1箱)		箱	