

認定研修施設申請書（腹腔鏡）

年 月 日

（一社）日本産科婦人科内視鏡学会理事長殿

日本産科婦人科内視鏡学会 認定研修施設規則における認定研修施設の指定を受けたく申請書を提出します。

ふ り が な 施 設 名				
施 設 長	氏名：		公印	
施 設 責 任 者	氏名：		日本産科婦人科内視鏡学会 会員番号（ ）	
	注 1: 必ずしも技術認定医である必要はなし。			
施 設 所 在 地	〒 電話（ ）			
指定基準 2： 「日本産科婦人科学会専攻医指導施設でありかつ日本専門医機構における基幹病院または連携施設である」 ※該当するところにレ印	<input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専攻医指導施設（施設番号： ） 注 2：日本産科婦人科学会専攻医指導施設に認定されていない場合には、認定されている施設を連携施設として申請する必要があります。			
	<input type="checkbox"/> 日本産科婦人科学会専門医制度条件に定められた専攻医指導施設と連携している ※研修連携施設申請書（様式 3）を添付			
	<input type="checkbox"/> 一般社団法人日本専門医機構における基幹病院（施設番号： ）			
	<input type="checkbox"/> 一般社団法人日本専門医機構における連携施設			
指定基準 3： 「日本産科婦人科内視鏡学会指定の技術認定医（腹腔鏡）が1名以上常勤している。」	技術認定医 氏名	役職	技術認定医番号	認定期間
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			
	9.			
10.				

<p>指定基準 4 : 「腹腔鏡下手術が年間 50 例以上である。」 ※腹腔鏡検査のみ（腹腔内観察・生検も含む）、ロボット支援下手術は手術実績として認められません。</p>	<p>申請時前年 1 年間：2017 年 1 月 ～ 2017 年 12 月</p> <p>申請時前年 1 年間の総症例数 例</p> <p>注 3：申請時前年 1 年間の実績 50 例を腹腔鏡下手術実績一覧（様式 2）へ記載</p>
<p>指定基準 5 : 「院内に外科および泌尿器科のバックアップ体制があるか、外科および泌尿器科を有する緊密な連携が取れる病院がある。」</p> <p>※該当するところにレ印</p>	<p><input type="checkbox"/> 院内に外科のバックアップ体制がある <input type="checkbox"/> 緊密な連携が取れる病院（外科）がある</p> <p>病院名： 責任者名： 住所： 電話（ ） 病床数： 主な診療科：</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 院内に泌尿器科のバックアップ体制がある <input type="checkbox"/> 緊密な連携が取れる病院（泌尿器科）がある</p> <p>病院名： 責任者名： 住所： 電話（ ） 病床数： 主な診療科：</p>

腹腔鏡下手術実績一覧

- 注 1 : カルテ番号下 2 桁は、非表示として下さい。
 注 2 : 腹腔鏡検査のみ（腹腔内観察・生検も含む）、ロボット支援下手術は手術実績として認められません。
 注 3 : 腹腔鏡下手術名の略語記載（TLH、LM など）は認められません。

施設名 : _____

番号	カルテ番号	術者名	日付	腹腔鏡下手術名
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

施設名 : _____

番号	カルテ番号	術者名	日付	腹腔鏡下手術名
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

研修連携施設申請書

年 月 日

A

日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設の指定を受けるにあたり、指定基準 2（日本産科婦人科学会専攻医指導施設である）を満たしていないため、日本産科婦人科学会専攻医指導施設である下記施設（B に記載）を研修連携施設として申請します。

認定研修施設申請施設名 公印

ふりがな 研修連携施設名	
研修連携施設長	氏名：
研修連携施設責任者	氏名：
研修連携施設所在地	〒 電話（ ） —
日本産科婦人科学会 専攻医指導施設番号	

B

（病院名 _____）の日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設申請にあたり、研修連携施設となることを認めます。

研修連携施設名 公印

研修連携施設長 氏名 _____

注：A の部分は認定研修施設申請施設において記入、B の部分は研修連携施設において記入してください。