

年 月 日

技術認定申請書・履歴書

(腹腔鏡下手術)

一般社団法人 日本産科婦人科内視鏡学会

理事長 _____ 殿

- 写真貼付箇所
- 最近6か月以内の
単身胸から上
 - 写真の裏面に鉛筆
で氏名を記入のう
え、貼付してくだ
さい。

日本産科婦人科内視鏡学会の技術認定を下記の手技にて受けたく、審査料を添えて申請します。

※なお、私(申請者名自署) _____ は、本技術認定申請を提出するにあたり、症例レポートの手術患者に対し、個人情報を保護した上で、技術審査を含む学術および医療活動に使用する場
合があることを十分説明し同意を得ました。(本署名がない場合審査は受け付けません)

ふりがな 申請者氏名				印
日本産科婦人科学会 専門医認定番号		日本産科婦人科内視鏡学会 入会年		年
生年月日	年 月 日	性別	男・女	
現住所	〒 _____ 電話 () _____			
勤務施設名				
同所在地	〒 _____ 電話 () _____			
医師免許証	第 _____ 号		年 月 日	登録
出身校・卒業年				年
調査普及アンケート 回答年度チェック ^注	申請年から過去5年間の実績			
	回答年度		未回答年度	

注 調査普及アンケートに回答していない場合は原則として申請できません

審査料	委員会		
※	受付日時	受付番号	審査結果
	※	※	※

※印の箇所は委員会記入

研修履歴

研修実施年月	研修施設及び場所
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	

内視鏡手術実績一覧

注：腹腔鏡検査のみ（腹腔内観察・生検も含む）及び
ロボット支援下手術は手術実績として認められない。

氏名： _____ 印

番号	カルテ番号	施設名	日付	内視鏡手術名
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				

番号	カルテ番号	施設名	日付	内視鏡手術名
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				

番号	カルテ番号	施設名	日付	内視鏡手術名
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				

番号	カルテ番号	施設名	日付	内視鏡手術名
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

内視鏡手術関係の研究論文一覧

氏名：㊦

著者名（全員）、論文題名、雑誌名、年；巻：頁一頁
論文題名： 著者名（全員）： 雑誌名（年；巻：頁一頁） 査読の有無：有・無
論文題名： 著者名（全員）： 雑誌名（年；巻：頁一頁） 査読の有無：有・無
論文題名： 著者名（全員）： 雑誌名（年；巻：頁一頁） 査読の有無：有・無
論文題名： 著者名（全員）： 雑誌名（年；巻：頁一頁） 査読の有無：有・無
論文題名： 著者名（全員）： 雑誌名（年；巻：頁一頁） 査読の有無：有・無

動画添付用 症例レポート（申請用）

ふりがな	
申請者氏名	印

患者イニシャル	患者年齢	患者の動画使用に関する インフォームドコンセント	
		同意 有	同意 無
手術年月	手術時間	出血量	
年 月	時間 分	ml	
診断名		術式名	
手術適応			
(例：過多月経、不妊症の治療 など 複数あれば複数記載)			
摘出検体 有・無	最終病理診断		

注：摘出検体があれば、必ず最終的な病理診断を記載すること。申請期間に結果が間に合わない場合には、申請後1ヶ月以内に事務局へ追加報告をしないと書類不備とみなします。

私は申請者本人が術者として症例の内視鏡手術を担当している事を証明します。

所属・職 _____
氏名 _____ (自署)

動画添付用 症例レポート（審査用）

2枚（コピー可）提出下さい

患者イニシャル	患者年齢	患者の動画使用に関する インフォームドコンセント	
		同意 有	同意 無
手術年月	手術時間	出血量	
年 月	時間 分	ml	
診断名		術式名	
手術適応 （例：過多月経、不妊症の治療 など 複数あれば複数記載）			
摘出検体 有・無	最終病理診断 ^{注1}		

注1：摘出検体があれば、必ず最終的な病理診断を記載すること。申請期間に結果が間に合わない場合には、申請後1ヶ月以内に事務局へ追加報告をしないと書類不備とみなします。

注2：本書式および手術時の人員配置などに、申請者を同定できるような記載がある場合には、書類不備とみなします。