

腹腔鏡下手術 研修修了証明書 様式1

平成 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 腹腔鏡技術認定申請にあたり、技術認定制度規則 第14条 3)に定められた期間修練を行った研修修了証明書を提出します<sup>注1~2)</sup>。

ふりがな		
申請者氏名		
生年月日(性別)	(昭和・平成) 年 月 日生 (男・女)	
現住所	〒 - 電話( ) -	
認定研修施設名	施設名: 認定研修施設番号: 所属科:	
	認定研修施設責任者: (日本産科婦人科内視鏡学会 会員番号: ) <sup>注3</sup>	
	研修期間: 平成 年 月 日～平成 年 月 日	
本証明書提出者の現勤務 施設所在地・連絡先	〒 -	
	施設名: 所属科:	職名:
	TEL :	FAX :
	Email :	
日本産科婦人科内視鏡学会 入会年月日・会員番号 <sup>注3</sup>	昭和・平成 年 月 日	会員番号:
日本産科婦人科学会 専門医認定番号		

(認定研修施設責任者自筆<sup>注4)</sup> \_\_\_\_\_ は(申請者名) \_\_\_\_\_ が  
所定の期間指導を受けたことを証明します。  
以上相違ございません。

平成 年 月 日 \_\_\_\_\_ (認定研修施設名)

注1: 研修修了の認定を受けるためには、1)6か月間以上、認定研修施設に常勤で所属し修練を行う。または、2)認定研修施設の腹腔鏡技術認定医のもとで、術者または第一助手として25例以上の腹腔鏡下手術に参加する。というどちらかの条件を満たす必要があり、様式1または2のいずれかの提出が必要です。

本様式1は、1)の研修期間条件を満たす申請者用のものです。6か月間の研修期間における勤務先が2ヶ所以上に渡る場合には本頁を複写して、全ての研修施設における研修期間について記載して下さい。

注2: 申請者が1)の研修期間条件を満たさない場合には、様式2および腹腔鏡下手術実績一覧に手術内容の記載をした上で、手術指導した腹腔鏡技術認定医の自筆サインをもらってください。

注3: 本学会員の会員番号は会員専用ページにて確認できます。

注4: 申請者の勤務時と申請現時点での認定研修施設責任者が交替している場合、現在の認定研修施設責任者の代筆でも可としますが、可能な限り勤務当時の認定研修施設責任者の自筆サインを申請者がもらうようにしてください。

腹腔鏡下手術 研修修了証明書 様式2

平成 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 腹腔鏡技術認定申請にあたり、技術認定制度規則 第14条 3)に定められた腹腔鏡技術認定医指導による手術件数の修練を行った研修修了証明書を提出します<sup>注1~3)</sup>。

ふりがな			
申請者氏名			
生年月日(性別)	(昭和・平成)	年 月 日生	(男・女)
現住所	〒 -	電話( ) -	
本証明書提出者の現勤務 施設所在地・連絡先	〒 -	施設名: 所属科: 職名:	
	TEL :	FAX :	
	Email :		
日本産科婦人科内視鏡学会 入会年月日・会員番号 <sup>注4</sup>	昭和・平成	年 月 日	会員番号
日本産科婦人科学会 専門医認定番号			

注1 研修修了の認定を受けるためには、1)6 か月間以上、認定研修施設に常勤で所属し修練を行う。または、2)認定研修施設の腹腔鏡技術認定医のもとで、術者または第一助手として 25 例以上の腹腔鏡下手術に参加する。というどちらかの条件を満たす必要があり、様式1または2のいずれかの提出が必要です。

本様式2は、2)の手術件数条件を満たす申請者用のものです。腹腔鏡下手術実績一覧の腹腔鏡下手術名の後の「術者」または「一助(第一助手のこと)」を円で囲んでください。

注2 申請者が2)の条件を満たさない場合には、様式1に研修期間内容の記載をした上で認定研修施設責任者の自筆サインをもらってください。

注3 技術指導が可能な腹腔鏡技術認定医は、日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設に常勤として所属している医師に限られます。複数の技術認定医から腹腔鏡下手術指導を受けた場合には、「腹腔鏡下手術実績一覧」を当該技術認定医の人数分複写し、各々に当該認定医の自筆サインを貰った上で提出してください。腹腔鏡技術認定医の申請には申請者が術者として執刀した腹腔鏡下手術100例のリストが必要ですが、本様式で提出する25例のリストと重複しても、申請には支障がありません。ただし、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4 申請者の入会年月日は会員専用ページにて確認できます。

## 腹腔鏡下手術実績一覧

※ カルテ番号下2桁は、非表示をお願いします。

番号	カルテ番号	指導した技術認定医 <sup>注3</sup>	年 / 月	腹腔鏡下手術名 <sup>注1</sup>	手術実施施設名
1			/	術者 一助	
2			/	術者 一助	
3			/	術者 一助	
4			/	術者 一助	
5			/	術者 一助	
6			/	術者 一助	
7			/	術者 一助	
8			/	術者 一助	
9			/	術者 一助	
10			/	術者 一助	
11			/	術者 一助	
12			/	術者 一助	
13			/	術者 一助	
14			/	術者 一助	
15			/	術者 一助	
16			/	術者 一助	
17			/	術者 一助	
18			/	術者 一助	
19			/	術者 一助	
20			/	術者 一助	
21			/	術者 一助	
22			/	術者 一助	
23			/	術者 一助	
24			/	術者 一助	
25			/	術者 一助	

(手術指導した腹腔鏡技術認定医自筆<sup>注3</sup>) \_\_\_\_\_ は  
 (申請者名) \_\_\_\_\_ が所定の手術指導を受けたことを証明します。  
 以上相違ございません。

平成     年     月     日