ロボット手術 様式第１号

　　年　　月　　日

**ロボット手術技術認定申請書**

**（腹腔鏡手術技術認定あり）**

一般社団法人 日本産科婦人科内視鏡学会

理事長殿

|  |  |
| --- | --- |
| **本法人腹腔鏡技術認定** | **あり　＊認定証を提出** |
| **日本婦人科ロボット手術学会認定プロクター資格** | **あり（良性・悪性）・なし　＊ありは証明書提出し、書類一部免除** |
| **氏名** |  |
| **所属（勤務先）** |  |

日本産科婦人科内視鏡学会のロボット手術技術認定を受けたく申請します。

（申請者名自署）

（本署名がない場合審査は受け付けません）

審　査　料

※無料

|  |
| --- |
| 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

ロボット手術 様式第２号

ロボット手術実績一覧

注：日本婦人科ロボット手術学会プロクター資格所有者は提出不要。カルテ番号下2桁は伏せ字（例 XX）にする。執刀は症例の大半を行った場合とする。

氏名　　　　　　　　　　　　　（合計　執刀　　　　例/助手　　　　例）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 執刀・助手区分 | 年/月 | 手術名（略語不可） |
| 1 |  |  | 執 |  / |  |
| 2 |  |  | 執 |  / |  |
| 3 |  |  | 執 |  / |  |
| 4 |  |  | 執 |  / |  |
| 5 |  |  | 執 |  / |  |
| 6 |  |  | 執 |  / |  |
| 7 |  |  | 執 |  / |  |
| 8 |  |  | 執 |  / |  |
| 9 |  |  | 執 |  / |  |
| 10 |  |  | 執 |  / |  |
| 11 |  |  | 執 |  / |  |
| 12 |  |  | 執 |  / |  |
| 13 |  |  | 執 |  / |  |
| 14 |  |  | 執 |  / |  |
| 15 |  |  | 執 |  / |  |
| 16 |  |  | 執 |  / |  |
| 17 |  |  | 執 |  / |  |
| 18 |  |  | 執 |  / |  |
| 19 |  |  | 執 |  / |  |
| 20 |  |  | 執 |  / |  |
| 21 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 22 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 23 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 24 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 25 |  |  | 執・助 |  / |  |

ロボット手術 様式第２号

氏名　　　　　　　　　　　　　（合計　執刀　　　　例/助手　　　　例）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 執刀・助手区分 | 年/月 | 手術名（略語不可） |
| 26 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 27 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 28 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 29 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 30 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 31 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 32 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 33 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 34 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 35 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 36 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 37 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 38 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 39 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 40 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 41 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 42 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 43 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 44 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 45 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 46 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 47 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 48 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 49 |  |  | 執・助 |  / |  |
| 50 |  |  | 執・助 |  / |  |

**私は申請者本人が以上の症例の内視鏡手術を担当している事を証明します。（※現所属上長の署名必須）**

所属・職　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　（自署）

ロボット手術 様式第３号―1

ロボット手術に関する学会発表・論文一覧

＊本法人腹腔鏡技術認定医資格所有者は本書式の

ロボット手術に関する業績のみ記載すること。

氏名：

|  |
| --- |
| 発表題名、発表者名、学会名（開催地、年月日） |
| 発表題名：学会名（主催団体）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）発表者名：開催地、年月日：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |
| 発表題名：学会名（主催団体）：　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　）発表者名：開催地、年月日：　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |

※査読有り論文のみ申請要件対象。共著可。

|  |
| --- |
| 著者名（全員）、論文題名、雑誌名、年；巻：頁―頁 |
| 論文題名：著者名（全員）：雑誌名（年；巻：頁―頁） |
| 論文題名：著者名（全員）：雑誌名（年；巻：頁―頁） |