ロボット 様式第４号

　　年　　月　　日

**技術認定（更新）申請書・履歴書**

**（ロボット手術）**

一般社団法人 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 |  |
| 日本専門医機構専門医認定番号 |  | 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 |
| **症例登録****回答年度チェック注** | 更新申請年から過去5年間の実績 |
| 回答年度 | 未回答年度 |
|  |  |

**注**　症例登録（**調査普及委員会アンケート）に回答していない場合は原則として申請できません**

|  |
| --- |
| 委　員　会審　査　料※ |
| 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 様式第５号

臨床実績・学会参加実績

**臨床実績**

|  |  |
| --- | --- |
| 臨床従事期間 | 臨床施設名 |
| 　　　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 |  |

**学会参加実績**

|  |  |
| --- | --- |
| 学会参加年月日 | 参加学会名 |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 　　年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |
| 年　月　日～　月　日 |  |

ロボット 様式第６号―１

内視鏡手術実績一覧

氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 日 付 | 内視鏡手術名（略語不可） |
| 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 |  |  |  |  |

ロボット 様式第６号―１

氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 日 付 | 内視鏡手術名（略語不可） |
| 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 |  |  |  |  |

ロボット 様式第６号―１

氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 日 付 | 内視鏡手術名（略語不可） |
| 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 |  |  |  |  |

ロボット 様式第６号―１

氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | カルテ番号 | 施 設 名 | 日 付 | 内視鏡手術名（略語不可） |
| 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 |  |  |  |  |

**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 様式第６号―２

内視鏡手術関係の学会発表一覧

※重複発表のないようご留意ください。

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

腹腔鏡 様式第６号―３

内視鏡手術関係の研究論文一覧

※査読有り論文のみ技術認定申請要件の対象になります。

氏名：

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