

認定研修施設申請書（ロボット）

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： 一般社団法人日本専門医機構 における産婦人科専門研修基幹施設、連携施設 のいずれかである」 ※該当するところにレ印 | <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本専門医機構における産婦人科専門研修基幹施設 （施設番号： ） <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本専門医機構に産婦人科専門研修連携施設 （基幹施設： ） | | | |
| 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（ロボット）が 1名以上常勤している。」 | 技術認定医（ロボ ット） 氏名 | 役職 | 技術認定医（ロ ボット） 番号 | 認定期間 |
| | 1. | | | |
| | 2. | | | |
| | 3. | | | |
| | 4. | | | |
| | 5. | | | |
| | 6. | | | |
| | 7. | | | |
| | 8. | | | |
| | 9. | | | |
| 10. | | | | |

ロボット手術実績一覧

注1：カルテ番号下2桁は、非表示として下さい。

注2：略語記載（RASH,RSC など）は認められません。

注3：保険収載されている術式名称でご記載ください。

施設名： _____

| 番号 | カルテ番号 | 術者名 | 日付 | ロボット手術名 |
|----|-------|-----|----|---------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

研修連携施設申請書

年 月 日

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、認定研修施設規則第 6 条に該当するため、日本専門医機構における産婦人科専門研修基幹施設または連携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。

認定研修施設を申請する施設名 _____ 公印

注：A の部分は認定研修施設を申請する施設において、研修連携を依頼する施設について記入、してください。B の部分は連携依頼を受けた研修連携施設において記入してください。

A

| | |
|--------------------------|------------------|
| 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（ ） — |

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 _____

記入例

一般社団法人日本産科婦人科内視鏡学会 認定研修施設委員会

様式 3

研修連携施設申請書

年 月 日

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、認定研修施設規則第 6 条に該当するため、日本専門医機構における産婦人科専門研修基幹施設または連携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。

認定研修施設を申請する施設名 ○○病院（新規申請する施設） 公印

注：A の部分は認定研修施設を申請する施設において、研修連携を依頼する施設について記入、してください。B の部分は連携依頼を受けた研修連携施設において記入してください。

A： ○○病院（新規申請する施設） が記入

| | |
|-----------|----------------------|
| ふりがな | |
| 研修連携施設名 | △△病院（連携依頼を受けた施設名を記載） |
| 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（ ） - |

B △△病院（連携依頼を受けた施設） が記入

（病院名 ○○病院（新規申請する施設））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 △△病院（連携依頼を受けた施設） 公印

研修連携施設長 氏名 _____