書式 1　2021/8/20改訂

**日本内視鏡外科学会**

**消化器・一般外科ロボット支援手術プロクター認定申請書**

日本内視鏡外科学会理事長　殿 　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

消化器・一般外科ロボット支援手術プロクター認定を受けたく、申請します。

申請者署名

**※自著または記名押印のこと。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 会員番号　　540 | | |
| 申請者氏名 |  | | （　　）初回申請　　　（　　）失効後申請 | | |
| 申　請　臓器 | ※申請臓器に〇  （　　　　）食道　　（　　　　）胃　　（　　　　）直腸  ※既にプロクター認定取得済み臓器（あれば記入）  （　　　　）食道　　（　　　　）胃　　（　　　　）直腸 | | | | |
| 日本消化器外科学会  専門医認定番号 |  | 日本内視鏡外科学会  技術認定番号 | | |  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　年　　　月　　　日 | | | 性　　　別 | 男　・　女 |
| 勤務先名 | 部署名 | | | | |
| 勤務先住所 | 〒  電話（　　　）　　　－ | | | | |
| Eメールアドレス |  | | | | |
| 自宅住所 | 〒  電話（　　　）　　　－ | | | | |
| 認定証送付先 | （　　　　）勤務先　　　（　　　　）自宅 | | | | |
| 医師免許証 | 第　　　　　　　　　　　　号　　　（西暦）　　　　年　　　月　　　日 登録 | | | | |
| 出身校・卒業年 |  | | | | （西暦）　　　　　　年 |
| 申請料払込日 |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務局 | | |
| 受付日 | 受付番号 | 審査結果 |
| ※ | ※ | ※ |

※印の箇所は事務局記入