

新機種ロボット支援内視鏡手術実施要望書（消化器領域）

下記のロボット支援内視鏡手術新機種を用いた手術につき、所属施設長の責任下、「高難度新規医療技術の導入における基本的な考え方」に準じた適切な対応のもと実施を予定しています。「消化器外科領域新機種ロボット支援内視鏡手術導入時の学会認定術者・プロクターに関する指針」の項目 1-d)に基づき、これをご承認いただけますようお願い申し上げます。

術 者：

手術日時： 年 月 日

術 式：

術者の当該領域でのロボット手術経験数： 例

術者の当該領域の他機種プロクター資格の有無： ☐有 ☐無

使用機器：

当該新機種当該領域の手術見学：☐有 ☐無

無にチェックの場合はその理由

（ ）

当該新機種当該領域のプロクター招聘：☐有 ☐無

無にチェックの場合はその理由

（ ）

年 月 日

施 設 名：

申請者氏名：