

日本泌尿器科学会/日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会
泌尿器ロボット支援手術新機種導入時学会認定暫定術者申請書

年 月 日

日本泌尿器科学会理事長 殿

日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会理事長 殿

申請機種:

申請領域: ☐副腎・腎尿管 ☐膀胱・前立腺 ☐仙骨腔固定術

予定する手術:

プロクター認定番号:

保有するプロクター資格: ☐ダビンチサージカルシステム ☐hinotori サージカルシステム
☐その他()

保有する領域: ☐副腎・腎尿管 ☐膀胱・前立腺 ☐仙骨腔固定術

保有するプロクター資格: ☐ダビンチサージカルシステム ☐hinotori サージカルシステム
☐その他()

保有する領域: ☐副腎・腎尿管 ☐膀胱・前立腺 ☐仙骨腔固定術

保有するプロクター資格: ☐ダビンチサージカルシステム ☐hinotori サージカルシステム
☐その他()

保有する領域: ☐副腎・腎尿管 ☐膀胱・前立腺 ☐仙骨腔固定術

終了した当該術式のトレーニング内容

(Certificate および必要に応じてトレーニング内容の資料を添付すること):

術者及び施設におけるロボット支援手術の経験:

上記 泌尿器ロボット支援手術新機種導入時の学会認定暫定術者認定を申請します。

申請者署名(本人直筆)

ふ り が な 申 請 者 氏 名	印		
日本泌尿器科学会 専門医認定番号		日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会 会 員 番 号	
泌尿器腹腔鏡 技術認定番号		※1) 内視鏡外科学会 腹腔鏡技術認定番号	
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() — FAX() — E-mail:		
医 師 免 許 証	第 号 年 月 日 登録		
出身校・卒業年			年

※1) 認定条件ではありませんが、番号をお持ちの場合は記載して下さい。

事務局		
受付日	受付番号	審査結果
※	※	※

※印の箇所は事務局記入