

新機種ロボット支援内視鏡手術実施要望書（肝胆膵外科領域）

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。「新機種ロボット支援内視鏡手術実施要望書（肝胆膵外科領域）」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

有にチェックの場合はその機種

()

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：