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あげます。

術　　者　：

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：