記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| **研究責任者** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **参加機関名(施設名)** |  |
| **2012年から2021年までの**  **傍ストーマヘルニア手術症例数** |  |

尚，傍ストーマヘルニア手術の術式に関しては，根治手術に限らず，位置変更術などを含みます．ご不明な点がありましたら，事務局までお問合せください．