ロボット支援下鼠径部ヘルニア修復術　導入申請書

申し込み年月日：

貴施設名：

所属：

住所：

電話番号：

FAX：

e-mail:

代表者名：

ヘルニア学会番号：

導入プロセス　申請フォーム

術者条件

1. 術者および助手は製造販売業者および販売会社主導のトレーニングコースを受講し

内視鏡手術支援ロボット使用に関するcertification を取得していること．

→　1施設1人以上　術者・担当者のCertification　PDFを提出（添付）

1. 術者は消化器外科学会専門医を取得していること，

→　1施設1人以上　術者・担当者の専門医証明書PDFの提出（添付）

1. 術者は日本内視鏡外科学会が統括する技術認定取得医であること．

→　1施設1人以上　術者・担当者の専門認定取得医証明書PDFの提出（添付）

施設条件

1. 第１例目施行以前に，術者，助手，手術室看護師を含めた医療チームとして，十分な

手術の臨床見学を行うこと．

→　施設名の記載（施設の同意済みであること。証明書は不要）

1. 当初は，同手術の経験豊富な指導者を招聘しその指導下に行うこと．

→　招聘予定候補者の記載（候補者の同意を得ていること。証明書は不要）

手術条件

1. 本手術は臨床研究段階であり、実施に当たっては患者および関係者にその利点および

起こりうる偶発症・合併症さらに負担金などについて具体的に説明し、十分な理解の上

で同意を得るための方法

　　　→　記述

２） 上記条件を満たした上で，各診療科依存型ではなく，各施設全体としての独自の導入ガイ

ドラインを作成し，各施設の倫理委員会（あるいは臨床研究審査委員会）の承認を得たこ

との証明。

→　証明書　PDFの提出（予定の場合は後日での提出でも可能）