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：

ヘルニア学会会員番号：

提言１. 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）など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）

提言2. 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

→　記述または使用する同意書の雛形

提言3-B. 日本ヘルニア学会が定める鼠径部ヘルニアのNCD登録

→ 証明書　PDFの提出（「日本ヘルニア学会 NCD登録 申込みフォーム」登録後に送付される内容）

提言4-A-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）

提言4-B-②. 各術式のロボット支援内視鏡手術を導入する際には、該当術式の手術見学を最低 1 例以上行うこと。

→　施設名の記載（施設の同意済みであること。証明書は不要）

提言4-B-③. 日本消化器外科学会消化器外科専門医が1名以上在籍していること。

→　1施設1人以上　日本消化器外科学会 消化器外科専門医認定証PDFの提出（添付）

提言4-B-④. 日本内視鏡外科学会技術認定取得者が1名以上在籍していること。

→　1施設1人以上　日本内視鏡外科学会技術認定証PDFの提出（添付）

提言5. 当初は，該当臓器におけるロボット支援手術に熟練した医師(熟練指導医)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）