耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術  
実施施設認定申請書

申請年月日（西暦）

日本頭頸部外科学会 御中

当施設は、耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術  
の実施施設として認定を申請します。

施設名

施設長名 　　　　　公印

施設住所 〒

電話番号

担当科

担当科責任者 　　　　　 印

コンソール術者氏名

アシスタント術者氏名

連絡先氏名およびEメールアドレス

フリガナ

氏名 Eメールアドレス

所属施設チェックリスト

以下を満たしているか、ご確認の上、☑を入れてください。

□頭頸部がん専門医制度（日本頭頸部外科学会）における指定研修施設あるいは準認定施設である。

□常勤の耳鼻咽喉科専門医が3名以上在籍している。

□コンソール術者となる予定の医師が常勤医として在籍している。

□常勤麻酔医が1名以上在籍している。

□常勤放射線治療科医または常勤放射線科医が1名以上在籍している。

□常勤臨床工学技士が1名以上在籍している。

□緊急手術の実施体制を有している。

□24時間の院内検査実施体制を有している。

□医療機器の保守管理体制を有している。

□手術支援ロボット等の機器トラブルへの対処に関し、院内での体制を整え、本手術に用いる機器について、適切に保守管理がなされている。

□医療安全管理委員会を有している。