耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術

アシスタント術者トレーニング申請書（各施設2人目以降）

申請年月日（西暦）

日本頭頸部外科学会 御中

耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術のアシスタント術者トレーニングを申請します。

申請者氏名およびEメールアドレス

フリガナ

氏名 Eメールアドレス

施設名

施設住所 　　　〒

電話番号

担当科

担当科責任者　　　 印

使用機種チェックリスト

以下を満たしているか、ご確認の上、☑を入れてください。

なお、ダビンチSiサージカルシステム専用製品の販売終了により、Siシステムに関する耳鼻咽喉科・頭頸部外科領域のベーシックトレーニングは終了しております。

「その他機種」の場合、申し込み後にトレーニング可能かを委員会で検討させていただきます。お申込みいただきましてもトレーニングを受講できない場合がございますのでご了承ください。

□ダビンチXiサージカルシステム

□ダビンチSpサージカルシステム

□その他機種（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

申請チェックリスト

以下を満たしているか、ご確認の上、☑を入れてください。

□耳鼻咽喉科専門医である

（認定証のコピーを添付すること）。

所属施設チェックリスト

□所属施設が既に耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術の実施認定施設になっている。

□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認定施設への転勤が確定している。

□その他の特別な理由がある（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　）。

注・委員へのコメント：実施認定施設に所属していないが、アシスタント資格だけ取得するというのを防ぐため、申請は原則的に「実施認定施設に所属していること」を条件の方が良いかと思います。