耳鼻咽喉科・頭頸部外科におけるロボット支援手術

コンソール術者資格申請書（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コンソール術者資格を申請します。

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。

□頭頸部がん専門医である（認定証のコピーを添付すること）。

□指定のトレーニングが全て終了している（認定証のコピーを添付すること）。

□術者あるいは指導的助手として、咽喉頭癌に対する経口的鏡視下手術（注） を 20 例以上経験し、咽喉頭の内腔からの解剖に十分な知識を有している。 もしくは、アシスタント術者として、ロボット支援手術を 10 例以上経験し、 経口手術のみならず、ロボット支援手術に十分な知識を有している。

注）「経口的鏡視下手術」とは、硬性内視鏡あるいは軟性内視鏡、あるいは 顕微鏡によって視野を確保し、経口的に挿入した鉗子によって操作を行う 手 術 の こ と を 指 す 。 例 え ば 、 内 視 鏡 下 咽 喉 頭 手 術 （ endoscopic laryngo-pharyngeal surgery: ELPS）、経口的咽喉頭部分切除術（transoral videolaryngoscopic surgery: TOVS）、transoral laser microsurgery: TLM が該当する。部位は、中咽頭、下咽頭、声門上とする。所属施設チェックリスト

ご確認の上、☑を入れてください。

□所属施設が耳鼻咽喉科・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。