（様式１）

ロボット支援手術術者申請書

　院内においてロボット支援手術の術者となるための基本的資格条件として下記事項を満たしましたので，術者審査を申請いたします。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科長名　　　　　　　　　　　　　印

１．国内における手術支援ロボットに対する技術習得カリキュラムの修了証明書又は許可証の写し及び下記項目の実施日

（１）オンライントレーニング（Web）の研修 実施日　令和 　　年 　 　月　　 日

（２）オンサイトトレーニングの研修　　　　 　実施日　令和　　　年　　　月　　　日

（３）オフサイトトレーニングの研修　　　　　 実施日　令和　　　年　　　月　　　日

（４）シミュレーターにて規定のスキル評価

Three Arm Relay 1 実施日　令和　　　年　　　月　　　 日 点数

Energy Pedals 2 実施日　令和　　 年　　 月　　 日　点数

２．施行予定手術の関連専門学会が定める専門医または技術認定取得医等の認定証の写し

３．公認施設での症例見学を受けた証明書の写し

４．関連学会が定める術者要件、実施条件等がある場合は、その要件等を満たしていることが分かる資料（他院での実績と併せて要件等を満たす場合は、自院・他院（医療機関名）を区別したもの）。

**ロボット支援手術　術者承認書**

上記の申請については審査の結果，承認します。

　令和　　年　　月　　日

　　　　琉球大学病院長　　　　　　　　　　　　　　　印