　　　　　　　　　　ダヴィンチ症例見学申込書

関西労災病院

病　院　長 殿

所属機関名

代表者名

|  |  |
| --- | --- |
| 見学日 | 令和　　年　　月　　日　（　曜日） |
| 見学術式 | □ 呼吸器外科領域（肺葉切除術）  □ 肝胆膵外科領域（膵頭十二指腸切除術・膵体尾部切除術）  □ドレーピングより見学　　　　　　　　（　　　　名）  □ 加刀（手術スタート）より見学　　　　（　　　　名） |
| 所属施設名 |  |
| 代表者の連絡先 | 電話番号 　E－Mail |
| 書類の送付先 | 〒　　- |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名（下段にローマ字表記） | 所属・職種 | 性別 | ライセンス取得希望 |
| 代表者  参加者① |  |  |  | □ |
|  |  |  |  |
| 参加者② |  |  |  | □ |
|  |  |  |  |
| 参加者③ |  |  |  | □ |
|  |  |  |  |
| 参加者④ |  |  |  | □ |
|  |  |  |  |
| 参加者⑤ |  |  |  | □ |
|  |  |  |  |
| 参加者⑥ |  |  |  | □ |
|  |  |  |  |

＊　職種は、医師・看護師・臨床工学技士をご記入下さい。

＊　医師の方で、「ダヴィンチ手術ライセンス」の取得を希望される場合は、□にチェックして下さい