

ダビンチ手術症例見学申込書

上尾中央総合病院

院長 徳永 英吉 殿

見学日	西暦 年 月 日 (曜日)
見学術式	<input type="checkbox"/> 前立腺摘出術 <input type="checkbox"/> 膀胱全摘除術 <input type="checkbox"/> ロボット支援下臍頭十二指腸切除術 <input type="checkbox"/> ロボット支援下臍体尾部切除術 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ドレーピングより見学 (名) <input type="checkbox"/> 手術 (含・麻酔導入、体位固定) より見学 (名)
所属施設名	
施設所在地 (書類送付先)	郵送先 : 〒 請求書宛名 : <input type="checkbox"/> 病院長宛 <input type="checkbox"/> 見学代表者宛 <input type="checkbox"/> その他 ()

	氏名(下段にローマ字表記)	所属・職種	性別	ライセンス 取得希望の 有無
代表者				<input type="checkbox"/>
参加者①				<input type="checkbox"/>
参加者②				<input type="checkbox"/>
参加者③				<input type="checkbox"/>
参加者④				<input type="checkbox"/>
参加者⑤				<input type="checkbox"/>
代表者連絡先	電話番号	Mail :		

職種は、医師・看護師・臨床工学技士とご記入ください。

* 医師の方で、「ダビ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“レ”をしてください。

* ロッカー準備の都合のため性別をご記入ください。

代表者署名 : _____ ⑩

※自署の場合は印不要