**新機種ロボット支援手術実施要望書(呼吸器外科領域)**

**（新機種暫定術者認定のお願い）**

下記のロボット支援手術新機種を用いた手術につき、所属施設長の責任の 下、「高難度新規医療技術の導入における基本的な考え方」に準じた適切な対応のもと実施を予定しています。「呼吸器外科領域におけるロボット支援手術を行うに当たってのガイドライン」に基づき、これをご承認いただけますようお願い申しあげます。

•術 者：

•手術日時：

•術 式：

•術者の当該領域でのロボット手術経験数 :

•術者の当該領域の他機種プロクター資格の有無： □有 　□無

\*有にチヱックの場合はその機種 （　　　）

• 使用機器：

•当該新機種の手術見学：□有 □無

　（見学先施設：

※無にチェックの場合はその理由

( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

•当該新機種当該領域のプロクター招聘：□有　□無

 ※無にチェックの場合はその理由：

 (日本国内にプロクターがいないため等)

自施設内の高難度新規医療技術評価委員会またはこれに準ずる委員会の承認：□あり　□なし　（なしの場合暫定術者として認定されません）

申請日　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施　設　名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者署名：