別記様式第1号(第4条関係)

ダヴィンチ症例見学講習受講申込書

広島大学病院長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 症例見学受講日 | 年 　 月 　 日　( 　 曜日) |
| 見学術式  （日本語表記） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名・病院長名 |  |
| 施設所在地 |  |
| 請求先  職名・氏名 |  |
| 請求書　送付先・　事務担当者名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | ﾄﾞﾚｰﾋﾟﾝｸﾞ  見学希望の有　無 |
| 参加者①  (代表者) |  |  | □男性□女性 | □ | □ |
|  |
| 電話番号：  緊急連絡先： | E-mail： | | | |
| 参加者② |  |  | □男性□女性 | □ | □ |
|  |
| 参加者③ |  |  | □男性□女性 | □ | □ |
|  |
| 参加者④ |  |  | □男性□女性 | □ | □ |
|  |
| 参加者⑤ |  |  | □男性□女性 | □ | □ |
|  |
| 参加者⑥ |  |  | □男性□女性 | □ | □ |
|  |

* 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，□にチェックしてください。
* ドレーピングの見学を希望される方は，□にチェックしてください。
* ロッカー準備の都合のため，性別の□にチェックしてください。
* 患者状態により，手術が延期となった場合等の緊急連絡先として，携帯電話番号のご記入をお願いします。
* 見学される方は，申込書と併せて「個人情報保護に関する誓約書」を提出してください。
* ダヴィンチ症例見学講習受講申込書で知り得た情報は，症例見学講習受講のみで使用し，その他の目的で使用することはありません。