

日本婦人科ロボット手術学会

婦人科ロボット支援手術プロクター審査委員 応募書

記載年月日(西暦年/月/日):

日本婦人科ロボット手術学会理事長 殿

婦人科ロボット支援手術プロクター審査委員に応募いたします。

応募者署名(自署):

氏名(ふりがな):

勤務先:

勤務先住所〒:

同 電話番号:

同 FAX 番号:

メールアドレス:

日本産科婦人科学会指導医番号:

日本婦人科ロボット手術学会会員番号:

日本産科婦人科内視鏡学会会員番号:

※ 婦人科ロボット支援手術プロクター番号:

※ 日本婦人科腫瘍学会会員番号:

※ 日本産科婦人科内視鏡学会腹腔鏡技術認定医番号:

※ 日本婦人科腫瘍学会腫瘍専門医番号:

※ 日本内視鏡外科学会会員番号:

※ 日本内視鏡外科学会技術認定番号:

※ 番号をお持ちの場合記載してください



## 婦人科ロボット支援手術プロクター審査委員

### 執刀および指導実績一覧

□ これまでの、主たる術者\*としての執刀症例数

ロボット支援手術	開始期日(西暦)	症例数
子宮良性疾患		
その他 ( )		( ):合計に含めず
子宮悪性疾患		
その他 ( )		
合 計		

\* 主たる術者の目安は 60%以上の手術担当と考えてください。  
コンバージョン症例もカウントできます。

□ これまでの、指導者としての症例数

ロボット支援手術	症例数
子宮良性疾患	
その他 ( )	( ):合計に含めず
子宮悪性疾患	
その他 ( )	
合 計	

注: 執刀、指導合計で 60 例以上必要です。

以上のとおり相違ありません。

申請者氏名:

## 婦人科ロボット支援手術プロクター審査委員

### ロボット支援手術関連業績

氏名:

(論文は 1 ページ目のコピー、学会発表は抄録のコピーを添付してください)

論文(要査読、共著可)

1.

2.

3.

4.

5.

学会発表(共同演者可)

1.

2.

3.

4.

5.

注: 論文、学会発表、合わせて 5 件以上必要(記載は 5 件のみ)

## 日本婦人科ロボット手術学会

### 婦人科ロボット支援手術プロクター審査委員 更新申請書

記載年月日(西暦年/月/日):

日本婦人科ロボット学会理事長 殿

婦人科ロボット支援手術プロクター審査委員の資格を更新したく申請します。

申請者署名(自署):

ふりがな		性別	男・女
申請者氏名		生年月日 西暦年/月/日	
日本産科婦人科学会 指導医番号		日本婦人科ロボット手術学会 会員番号	
現住所	〒 電話: - -		
勤務施設名		施設内現職名	
同所在地	〒 電話: - - 、 FAX: - - E-mail:		
プロクター認定番号			
出身校・卒業年			

事務局		
受付日	受付番号	審査結果
※	※	※

※印の箇所は事務局記入

## 日本婦人科ロボット手術学会

### 婦人科ロボット支援手術プロクター審査委員 資格更新

#### 最近 3 年間のロボット支援手術実績一覧

婦人科ロボット支援手術プロクター審査委員認定後に、術者または指導者として手術に参加された症例数を、術式別、施行年(1～12月)別に記載してください。他の更新申請者あるいは新規申請者と症例が重なってもかまいません。

ロボット支援手術	年		年		年		合計	
	執刀	指導	執刀	指導	執刀	指導	執刀	指導
子宮良性疾患								
子宮悪性疾患								
その他								
合計								

(術者または指導者としての症例数)

注:3年間で30例以上必要です。

以上のとおり相違ありません。

申請者氏名:

日本婦人科ロボット手術学会

## 婦人科ロボット支援手術プロクター 申請書

記載年月日(西暦年/月/日):

日本婦人科ロボット手術学会理事長 殿

婦人科ロボット支援手術プロクターの認定を希望し、審査料を添えて申請します。

申請者署名(自署):

ふりがな		性別	男・女
申請者氏名		生年月日 西暦年/月/日	
申請区分	<input type="checkbox"/> 良性 <input type="checkbox"/> 良性・悪性	日本婦人科ロボット手術学会 会員番号	
現住所	〒 電話: - -		
勤務施設名			
同所在地	〒 電話: - - 、 FAX: - - E-mail:		
日本産科婦人科学会専門医番号			
日本産科婦人科内視鏡学会会員番号			
日本婦人科腫瘍学会会員番号 注1			
婦人科腫瘍学会腫瘍専門医番号 注2			
出身校・卒業年(西暦)			

注1: 良性疾患プロクターは悪性疾患のプロクターリングはできません。

注2: 良性・悪性疾患プロクター申請の場合は必須です。

事務局		
受付日	受付番号	審査結果
※	※	※

※印の箇所は事務局記入



婦人科ロボット支援手術プロクター

婦人科ロボット支援手術経験執刀数および指導実績一覧

- これまでの、主たる術者\*としての経験執刀数

ロボット支援手術	開始期日(西暦)	執刀数
子宮良性疾患		
(上記のうち仙骨腔固定術)		( ):合計に含めず
子宮悪性疾患		
その他 ( )		
合 計		

\* 主たる術者の目安は 60%以上の手術担当と考えてください。  
コンバージョン症例もカウントできます。

- これまでの指導者としての症例数

ロボット支援手術	症例数
子宮良性疾患	
(上記のうち仙骨腔固定術)	( ):合計に含めず
子宮悪性疾患	
その他 ( )	
合 計	

注: 執刀指導の合計症例数が各プロクター認定条件を満たす必要があります。

仙骨腔固定術のプロクタリングが現時点で、下記いずれかを選択ください。

可能 ・  不可能

以上のとおり相違ありません。

申請者氏名:

婦人科ロボット支援手術プロクター

ロボット支援手術関連業績

氏名:

(論文は1ページ目のコピー、学会発表は抄録のコピーを添付してください。)

論文(要査読、共著可)

1.

学会発表(共同演者可)

1.

注:論文、学会発表、合わせて1件以上が必要(記載は1行のみ)

## 婦人科ロボット支援手術 プロクタリング依頼書

○依頼 日(西暦年/月/日):

○手術予定日(西暦年/月/日):

○プロクタリング依頼者

氏 名:

所属施設:

e-mail:

○予定プロクター

氏 名:

所属施設:

e-mail:

○術式

ロボット支援術式名:

同術式:実施施設における症例数: 例目

同術式:プロクタリングを受ける症例数: 例目

○その他のコメント:

- 手術における責任の所在については、原則として依頼側が負うが、あらかじめプロクタリング依頼側（病院および主治医、担当医）とプロクターの間で十分取り決めておくことを推奨します。
- 手術決定後、プロクターと委員会事務局に書式 11 をメール下さい。  
プロクター制度委員会事務局 E-mail: [obgy@tokyo-med.ac.jp](mailto:obgy@tokyo-med.ac.jp)

## 婦人科ロボット支援手術 プロクタリング報告書

記載年月日(西暦年/月/日):

○手術施行年月日(西暦年/月/日):

○訪問指導施設/指導対象執刀医:

○プロクター

氏 名:

プロクター認定番号:

所属施設:

e-mail:

○術式

ロボット支援術式名:

同術式:実施施設における症例数: 例目

同術式:プロクタリングを受ける症例数: 例目

○機器トラブルの有無

有  無

内容(有の場合):

○術中合併症の有無

有  無

内容(有の場合)

○その他のコメント:

- 手術終了後、当該施設と委員会事務局に書式 12 をメール下さい。  
プロクター制度委員会事務局 E-mail: [obgy@tokyo-med.ac.jp](mailto:obgy@tokyo-med.ac.jp)

日本婦人科ロボット手術学会  
婦人科ロボット支援手術プロクター認定 更新申請書

記載年月日(西暦年/月/日):

日本婦人科ロボット手術理事長 殿

婦人科ロボット支援手術プロクター認定を更新したく、申請料を添えて申請します。

申請者署名(自署):

ふりがな		性別	男・女
申請者氏名	印	生年月日 西暦年/月/日	
日本産科婦人科学会 専門医番号		日本婦人科ロボット手術学会 会員番号	
申請区分	<input type="checkbox"/> 良性 <input type="checkbox"/> 良性・悪性		
現住所	〒 電話:    -    -		
勤務施設名			
同所在地	〒 電話:    -    -    、    FAX:    -    - E-mail:		
プロクター認定番号			
出身校・卒業年			年

事務局		
受付日	受付番号	審査結果
※	※	※

※印の箇所は事務局記入

## 日本婦人科ロボット手術学会

## 婦人科ロボット支援手術プロクター 認定更新

## 最近 5 年間のロボット支援手術実績一覧

婦人科ロボット支援手術プロクター認定取得後に、術者または指導者として手術に参加された症例数を、術式別、施行年(1～12月)別に記載してください。他の更新申請者あるいは新規申請者と症例が重なってもかまいません。

 最近 5 年間(1～12月)の、主たる術者\*としての経験症例数

ロボット支援手術	症例数					合計
	年	年	年	年	年	
良性子宮疾患						
(上記のうち仙骨腔固定術)						
悪性子宮疾患						
その他 ( )						
合 計						

※ 主たる術者の目安は 60%以上の手術担当と考えてください。  
コンバージョン症例もカウントできます。

 最近 5 年間(1～12月)の、指導者としての症例数

ロボット支援手術	症例数					合計
	年	年	年	年	年	
良性子宮疾患						
悪性子宮疾患						
その他 ( )						
その他 ( )						
合 計						

※ 術者又は指導者としての症例数は 5 年間で 50 例以上必要

※ 仙骨腔固定術のプロクタリングが現時点で、下記いずれかを選択ください。

可能 ・  不可能

以上のとおり相違ありません。

申請者氏名:



