

暫定認定研修施設申請書（腹腔鏡）

年 月 日

（一社）日本産科婦人科内視鏡学会理事長殿

日本産科婦人科内視鏡学会 認定研修施設規則における暫定認定研修施設の指定を受けたく申請書を提出します。

ふ り が な 施 設 名	
施 設 長	氏名： 公印
施 設 責 任 者	氏名： 日本産科婦人科内視鏡学会 会員番号（ ） 注 1: 必ずしも技術認定医である必要はなし。
施 設 所 在 地	〒 電話（ ）
指定基準 2： 一般社団法人日本専門医機構における産婦人科専門研修基幹施設、連携施設のいずれかである」 ※該当するところにレ印	<input type="checkbox"/> 一般社団法人日本専門医機構における産婦人科専門研修基幹施設（施設番号 ） <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本専門医機構における産婦人科専門研修連携施設（基幹病院 ）
指定基準 3： 「腹腔鏡手術が過去3年連続して、年間50例以上である。」 ※腹腔鏡検査のみ（腹腔内観察・生検も含む）、ロボット支援手術は手術実績として認められません。	過去 3 年間の症例数 ・ 2025 年 1 月 ～ 2025 年 12 月 例 ・ 2024 年 1 月 ～ 2024 年 12 月 例 ・ 2023 年 1 月 ～ 2023 年 12 月 例 注 3: 申請時前年 1 年間の実績 50 例を腹腔鏡手術実績一覧（様式 2）へ記載

5) 内視鏡手術関係の学会発表一覧（5件以上）

発表題名：
学会名（主催団体）：
発表者名：
開催地、年月日：

発表題名：
学会名（主催団体）：
発表者名：
開催地、年月日：

発表題名：
学会名（主催団体）：
発表者名：
開催地、年月日：

発表題名：
学会名（主催団体）：
発表者名：
開催地、年月日：

発表題名：
学会名（主催団体）：
発表者名：
開催地、年月日：

	6) 内視鏡手術関係の研究論文一覧(論文 5 題以上、内一題は筆頭著者)
	論文題名： 著者名(全員)： 雑誌名(年；巻：頁-頁) 査読の有無：
	論文題名： 著者名(全員)： 雑誌名(年；巻：頁-頁) 査読の有無：
	論文題名： 著者名(全員)： 雑誌名(年；巻：頁-頁) 査読の有無：
	論文題名： 著者名(全員)： 雑誌名(年；巻：頁-頁) 査読の有無：
	論文題名： 著者名(全員)： 雑誌名(年；巻：頁-頁) 査読の有無：
	7) 術者として 100 件以上の腹腔鏡下手術経験を有する。(ロボット支援手術は含まない) →様式 2-2 に記載のこと

<p>指定基準 5 : 「院内に外科および泌尿器科のバックアップ体制があるか、外科および泌尿器科を有する緊密な連携が取れる病院がある。」</p> <p>※該当するところに レ印</p>	<p><input type="checkbox"/> 院内に外科のバックアップ体制がある</p> <p><input type="checkbox"/> 緊密な連携が取れる病院（外科）がある</p> <p>病院名： 責任者名： 住所： 電話（ ） 病床数： 主な診療科：</p>
	<p><input type="checkbox"/> 院内に泌尿器科のバックアップ体制がある</p> <p><input type="checkbox"/> 緊密な連携が取れる病院（泌尿器科）がある</p> <p>病院名： 責任者名： 住所： 電話（ ） 病床数： 主な診療科：</p>
<p>指定基準 6 :</p>	<p><input type="checkbox"/> 各種ガイドラインを遵守している。</p> <p><input type="checkbox"/> 保険診療を適切に行っている。</p>

腹腔鏡手術実績一覧(2025年)

注1: カルテ番号下2桁は、非表示として下さい。

注2: 腹腔鏡検査のみ(腹腔内観察・生検も含む)、ロボット支援手術は手術実績として認められません。

注3: 腹腔鏡手術名の略語記載(TLH、LMなど)は認められません。

注4: 保険収載されている術式でご記載ください。

施設名:

番号	カルテ番号	術者名	日付	腹腔鏡手術名
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

施設名 : _____

番号	カルテ番号	術者名	日付	腹腔鏡下手術名
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

腹腔鏡手術実績一覧（指定基準 4 7）

注 1：カルテ番号下 2 桁は、非表示として下さい。

注 2：腹腔鏡検査のみ（腹腔内観察・生検も含む）、ロボット支援手術は手術実績として認められません。

注 3：腹腔鏡手術名の略語記載（TLH、LM など）は認められません。

注 4：保険収載されている術式でご記載ください。

常勤医名：

番号	カルテ番号	施設名	日付	腹腔鏡手術名（略語不可）
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

常勤医名 : _____

番号	カルテ番号	施設名	日付	腹腔鏡手術名 (略語不可)
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

研修連携施設申請書

年 月 日

日本産科婦人科内視鏡学会暫定認定研修施設の指定を受けるにあたり、暫定認定研修施設に関する細則第1条2(2)に該当するため、日本専門医機構における産婦人科専門研修基幹施設または連携施設である下記施設（Bに記載）を研修連携施設として申請します。

暫定認定研修施設を申請する施設名 _____ 公印

注：Aの部分は暫定認定研修施設を申請する施設において、研修連携を依頼する施設について記入、してください。Bの部分は連携依頼を受けた研修連携施設において記入してください。

A

ふりがな 研修連携施設名	
研修連携施設長	氏名：
研修連携施設責任者	氏名：
研修連携施設所在地	〒 _____ 電話（ ） _____

B

（病院名 _____）の日本産科婦人科内視鏡学会暫定認定研修施設申請にあたり、研修連携施設となることを認めます。

研修連携施設名 _____ 公印

研修連携施設長 氏名 _____

記入例

一般社団法人日本産科婦人科内視鏡学会 認定研修施設委員会

様式 7

研修連携施設申請書

年 月 日

日本産科婦人科内視鏡学会暫定認定研修施設の指定を受けるにあたり、暫定認定研修施設に関する細則第1条2(2)に該当するため、日本専門医機構における産婦人科専門研修基幹施設または連携施設である下記施設（Bに記載）を研修連携施設として申請します。

暫定認定研修施設を申請する施設名 〇〇病院（新規申請する施設） 公印

注:Aの部分は認定研修施設を申請する施設において、研修連携を依頼する施設について記入、してください。Bの部分は連携依頼を受けた研修連携施設において記入してください。

A: 〇〇病院（新規申請する施設）が記入

ふりがな	
研修連携施設名	<u>△△病院（連携依頼を受けた施設名を記載）</u>
研修連携施設長	氏名:
研修連携施設責任者	氏名:
研修連携施設所在地	〒 電話（ ） -

B △△病院（連携依頼を受けた施設）が記入

（病院名 〇〇病院（新規申請する施設））の日本産科婦人科内視鏡学会暫定認定研修施設申請にあたり、研修連携施設となることを認めます。

研修連携施設名 △△病院（連携依頼を受けた施設） 公印

研修連携施設長 氏名 _____