

認定研修施設更新申請書（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認定研修施設の更新を受けたく申請書を提出します。

※ロボット手術認定研修施設で同時更新を希望される場合は、ロボット手術認定施設番号を明記のうえ、該当項目に☑で回答すること。

ロボット手術認定研修施設番号（ ）

- ロボット手術認定研修施設の繰り上げ同時更新を希望する。
- 日本産科婦人科内視鏡学会の認定するロボット技術認定医が1名以上常勤している。
- 薬事承認を受けたロボットがあり、婦人科領域のロボット手術を年間20例以上行った実績がある。

ふりがな	
施設名	（認定研修施設番号： ）
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 （連携施設 ）

指定基準4： 「腹腔鏡手術が年間50例以上である。」 ※腹腔鏡検査のみ（腹腔内観察・生検も含む）は手術実績として認められません。ロボット支援手術を含める場合は10例まで認められます。術式は保険収載されていることを要します。	2025年の腹腔鏡手術 総症例数 例 2025年 月 ～ 2025年 月 注3：2025年1年間の実績50例 腹腔鏡手術実績は、2025年指導実績（年次）報告書へ記載のうえご提出ください。
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	<input type="checkbox"/> 院内に外科のバックアップ体制がある <input type="checkbox"/> 緊密な連携が取れる病院（外科）がある

がある。」 ※該当するところにレ印 へ続く	病院名： 責任者名： 住所： 電話（ ） 病床数： 主な診療科：
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。」 ※該当するところにレ印	<input type="checkbox"/> 院内に泌尿器科のバックアップ体制がある <input type="checkbox"/> 緊密な連携が取れる病院（泌尿器科）がある 病院名： 責任者名： 住所： 電話（ ） 病床数： 主な診療科：
指定基準6	<input type="checkbox"/> 各種ガイドラインを遵守している。 <input type="checkbox"/> 保険診療を適切に行っている。
研修指導実績（年次報告書） 提出の有無	2025年分（有・無）、2024年分（有・無）、2023年分（有・無）、 2022年分（有・無）、2021年分（有・無）

今後の認定研修施設制度の運用のため、必ずご記入お願い致します

症例登録（調査普及アンケート）回答有無	2025年分（有・無）、2024年分（有・無）、2023年分（有・無）、 2022年分（有・無）、2021年分（有・無）、2020年分（有・無）
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------

今後の認定研修施設制度を運用するために、貴施設の実績を把握し参考にさせていただきますため、下記以降のご記入をお願い致します

	氏名 (腹腔鏡技術認定医番号)	氏名 (腹腔鏡技術認定医番号)
2021年以降の新規 腹腔鏡技術認定医 ()名 注4：申請時に貴院に在籍して新規合格した腹腔鏡技術認定医について記載下さい。	()	()
	()	()
	()	()
	()	()
	()	()
常勤医以外での研修受け入れの実績	有 (見学のみ、手術に参加、 執刀) ※該当するものに全て○をつけて下さい 無	

日本産科婦人科学会 腫瘍登録回答有無：	2024年分（有・無）、2023年分（有・無）、 2022年分（有・無）、2021年分（有・無）/ 悪性腫瘍手術は行っていない
------------------------	-----------------------------------------------------------------------

2021年～2025年における 内視鏡手術関係の学会発表一覧

ご施設名： _____

様式 4-1

注) 記載すべき学会は、本学会技術認定規則第4章第14条6)申請基準(国外、国内内視鏡関連学会、および公益社団法人日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会が認め研修出席証明される都道府県レベル以上での関連学会、または本学会が認定する研究会)に準じます。

以下代表的な主な発表について、5つまで記入

発表題名、発表者名、学会名(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： (年 月 日)	
発表題名： 学会名(主催団体)： () 発表者名： 開催地、年月日： (年 月 日)	
発表題名： 学会名(主催団体)： () 発表者名： 開催地、年月日： (年 月 日)	
発表題名： 学会名(主催団体)： () 発表者名： 開催地、年月日： (年 月 日)	
発表題名： 学会名(主催団体)： () 発表者名： 開催地、年月日： (年 月 日)	
発表題名： 学会名(主催団体)： () 発表者名： 開催地、年月日： (年 月 日)	
日本産科婦人科内視鏡学会における発表	編
その他学会	編
合計	編

2021年～2025年における 内視鏡手術関係の論文発表一覧

ご施設名： _____

様式 4-2

注) 記載すべき論文は、本学会技術認定規則第4章第14条7)基準(国内外において発表された内視鏡手術に関し査読の証明がある医学雑誌に掲載されたもの)に準じます。

以下代表的な主な論文について、5編まで記入

著者名(全員)、論文題名、雑誌名、年; 巻: 頁一頁	
論文題名:	
著者名(全員):	
雑誌名(年; 巻: 頁一頁)	
査読の有無: 有・無	
論文題名:	
著者名(全員):	
雑誌名(年; 巻: 頁一頁)	
査読の有無: 有・無	
論文題名:	
著者名(全員):	
雑誌名(年; 巻: 頁一頁)	
査読の有無: 有・無	
論文題名:	
著者名(全員):	
雑誌名(年; 巻: 頁一頁)	
査読の有無: 有・無	
日本産科婦人科内視鏡学会に掲載された論文	編
英文論文	編
その他和文論文	編
合計	編

研修連携施設申請書

年 月 日

日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設の指定を受けるにあたり、認定研修施設規則第 6 条に該当するため、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。

認定研修施設を申請する施設名 _____ 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

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 6

研修連携施設申請書

年 月 日

日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設の指定を受けるにあたり、認定研修施設規則第6条に該当するため、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。

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	△△病院（連携依頼を受けた施設名を記載）
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 _____