

【新申請】台灣消化系外科醫學會 執行醫師_機械手臂輔助手術認證申請資料清冊

a. 傳統或腹腔鏡消化外科手術

台數	手術日期	病人姓名	病歷號	術式名稱	施行手術醫院
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

為保護病人隱私，病人姓名請部分遮蔽。例：金○腦/金●腦。並請檢附相對應之正式的手術紀錄，方為完整之佐證資料。

※請依照申請書填寫，可自行增減表格欄位※

b. 上機經驗，總時數：_____

類別(1)：機器手臂輔助手術實機訓練課程

訓練日期	訓練課程名稱	主辦單位	時數
合計時數：			

類別(2)：機器手臂輔助手術模擬機訓練課程

訓練日期	訓練課程名稱	主辦單位	時數
合計時數：			

類別(3)：機器手臂輔助手術動物實驗訓練課程

訓練日期	訓練課程名稱	主辦單位	時數
合計時數：			

為保護病人隱私，病人姓名請部分遮蔽。例：金○腦/金●腦。並請檢附相對應之正式的手術紀錄，方為完整之佐證資料。

※請依照申請書填寫，可自行增減表格欄位※

c. 機械手臂輔助消化外科手術實作

(1) 機械手臂操作經驗，請勾選(V)

訓練日期	動物實驗	擬真組織	大體	AI 模擬訓練

(11) 臨床手術觀摩或擔任助手

台數	手術日期	病人姓名	病歷號	術式名稱	施行手術醫院	主刀醫師
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

以上手術及相關訓練課程均由申請人本人依照現行健保及法律、醫療常規規範下執行與參與，並已經由主責單位主任確認無誤。

如有不實，願承擔相關法律責任。

此致

台灣消化系外科醫學會

申請人(簽名/蓋章): _____ 主責單位主任(簽名/蓋章): _____

※請於申請時，一併檢附相關佐證資料。

※保護個人隱私及節能減碳之考量，正式病歷資料請務必部分遮蔽個資，並以電子檔(pdf)方式寄至學會信箱(擇一即可)：tssgorg@gmail.com、tssg.org.2@gmail.com

為保護病人隱私，病人姓名請部分遮蔽。例：金○腦/金●腦。並請檢附相對應之正式的手術紀錄，方為完整之佐證資料。

※請依照申請書填寫，可自行增減表格欄位※