

**【新申請】台灣消化系外科醫學會  
指導醫師\_機械手臂輔助手術認證申請資料清冊**

**機械手臂輔助消化外科手術主刀手術**

| 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 |      |      |     |      |        |

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。

| 台數 | 手術日期 | 病人姓名 | 病歷號 | 術式名稱 | 施行手術醫院 |
|----|------|------|-----|------|--------|
| 19 |      |      |     |      |        |
| 20 |      |      |     |      |        |

以上手術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，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。

※為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](mailto:tssgorg@gmail.com)、[tssg.org.2@gmail.com](mailto: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。