

台灣消化系外科醫學會機械手臂輔助手術認證 合格訓練醫院申請表暨手術資料清冊

申請認證醫院				主任簽名蓋章		
機械手臂輔助手術系統				是否具有模擬機		☐ 是 ☐ 否
台數	手術日期	病人姓名	病歷號	術式名稱	主刀醫師	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

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※

台灣消化系外科醫學會機械手臂輔助手術認證 合格訓練醫院申請表暨手術資料清冊

台數	手術日期	病人姓名	病歷號	術式名稱	主刀醫師
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					

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※

台灣消化系外科醫學會機械手臂輔助手術認證 合格訓練醫院申請表暨手術資料清冊

台數	手術日期	病人姓名	病歷號	術式名稱	主刀醫師
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					

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※

台灣消化系外科醫學會機械手臂輔助手術認證 合格訓練醫院申請表暨手術資料清冊

台數	手術日期	病人姓名	病歷號	術式名稱	主刀醫師
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

※以上資料，已確認無誤並須檢附相關佐證資料 ※

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※