ロボット心臓手術　実施施設認定申請書

西暦[　　]年[　　]月[　　]日

ロボット心臓手術関連学会協議会　御中

当施設は、ロボット心臓手術の実施施設として認定を申請します。

フリガナ	
施設名	
施設長名	公印
施設住所	〒　　－
電話番号	
担当科	
担当科責任者　氏名	印
E メールアドレス	
認定術者　氏名	

認定術者の証明として、上記全員分のメーカーおよび海外トレーニング施設より発行されたトレーニング修了証のコピーを添付します。