

申請年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
所属（企業、病院、学校） \_\_\_\_\_  
役職 \_\_\_\_\_  
代表申請者氏名（自署） \_\_\_\_\_

## 手術の立会い・見学許可申請書

手術の立会い・見学の許可を頂きたく申請いたします。（実習生は提出不要です）

立会い・見学にあたっては、病院規定の「手術の立会い・見学における誓約書」を遵守いたします。

1. 目的  業者の立会い  医師の見学  学生の見学  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）
2. 日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 曜日）  
時間帯 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ から \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ まで  
\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ から \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ まで
3. 入室範囲  手術室全体  
 診療科限定 \_\_\_\_\_ 科  
 症例限定 手術名 \_\_\_\_\_  
手術名 \_\_\_\_\_  
手術名 \_\_\_\_\_
4. 入室者 氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_
5. 受け入れ責任者 所属 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

=====

上記の申請内容について許可します（両者の記名または押印が必要）

診療部門長 \_\_\_\_\_（または代行者）

付帯条件 \_\_\_\_\_