

修練責任者または所属長割印

申請者割印

日本食道学会食道外科専門医認定制度

患者承諾書

日本食道学会食道外科専門医認定申請への協力依頼について

患者氏名： _____ 様

あなたの手術のビデオを日本食道学会食道外科専門医認定申請のために日本食道学会食道外科専門医認定部会に提出することについてご承諾を頂きたくお願い申し上げます。なお、この認定申請への協力はあなた自身の自由意志で決めて頂くことであり、あなたの病気の治療とは何ら関係なく、ご協力頂けない場合でも不利益を受けることはありません。

記

1. 食道外科専門医認定制度について

この認定制度は、手術操作部位が頸部・胸部・腹部と広範囲にわたり、消化器外科および胸部外科に関する知識・技術が求められる高難度で高侵襲な専門性の高い手術である食道外科手術の治療の適正化と安全性の向上を図るため、食道外科に関する知識・経験・技量を総合的に評価し、所定の基準を満たした者を認定するものです。その際、申請者の技能評価の対象として申請者が施行したあなたの手術ビデオが日本食道学会食道外科専門医認定部会にて審査されます。

2. プライバシーの保護について

審査のために同学会に提出される手術ビデオおよびその資料には、あなたの名前や個人を特定できる情報は一切含まれていません。また、この承諾書は同学会には提出しないで当施設で保管します。

以上

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名： _____ 診療科： _____

担当医師： _____ 印

日本食道学会食道外科専門医認定申請に関する承諾書

施設名： _____ 診療科： _____

担当医師： _____

担当医師より、私の手術のビデオを日本食道学会食道外科専門医認定審査の対象として、日本食道学会食道外科専門医認定部会に提出することについて説明を受け理解しました。上記認定申請のために同学会に私の手術ビデオを提出することを承諾いたします。

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名： _____ 印

住所： _____

代諾者氏名： _____ 印 続柄： _____