

ダヴィンチ症例見学講習受講申込書

東京国際大堀病院 殿

症例見学受講日	年 月 日 (曜日)
見学術式 (日本語表記)	
所属施設名	
施設所在地	〒
請求書の要否	※請求書が必要な場合、左記に『必要』と記入の上、以下の欄にご記入ください
請求書宛先 職名・氏名	
請求書送付先 職名・氏名	

	氏名(下段にローマ字表記)	所属・職種	性別	ライセンス 取得希望の 有無
参加者① (代表者)			<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 女性	
緊急連絡先	Email:			
	Tel:			
参加者②			<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 女性	
参加者③			<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 女性	
参加者④			<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 女性	

* 職種は、医師・看護師・臨床工学技士とご記入ください。

* 医師の方で、「ダヴィンチ手術ライセンス」の取得を希望される場合は、□にチェックしてください。

* ライセンス取得希望者1名につき5万円の見学料をお振込みいただきます。

* 領収書は振込控えで代えさせていただきます。万が一、必要な場合はご連絡をお願いします。

* 患者状態により、手術が延期となった場合は、緊急連絡先へご連絡致します。見学日程は再調整致します。

* 事前にお振込みいただいた見学料の返金はい行えませんのでご了承願います。

* ダヴィンチ症例見学講習受講申込書で知り得た情報は、症例見学講習受講のみで使用し、その他の目的で使用することはありません。