

申請症例リスト（様式1）

術 式	手 術 日	重大な合併症*
1		有・無
2		有・無
3		有・無
4		有・無
5		有・無
6		有・無
7		有・無
8		有・無
9		有・無
10		有・無
11		有・無
12		有・無
13		有・無
14		有・無
15		有・無
16		有・無
17		有・無
18		有・無
19		有・無
20		有・無

*Clavien 分類 IIIb 以上

平成 年 月 日

申請者氏名 _____ 印