

ハイブリッド手術室 機器更新(入替) 報告

西暦 年 月 日

施設名

TAVR実施施設責任者

印

ハイブリッド手術室名

※認定済のハイブリッド手術室

透視装置機種名 (入替後)

更新日

機器等更新理由