

## ハイブリッド手術室 変更申請

西暦  年  月  日

施設名

担当科

担当科責任者 氏名   印

新ハイブリッド手術室 名称

**設備機器** (以下、確認の  及び装置機種名を記入)

1) 設置型透視装置

設置場所

手術室  血管撮影室  
 その他 (  )

透視装置機種名

2) 人工心肺装置機種名

3) 経皮的心肺補助装置が配置されている。

**ハイブリッド手術室変更理由**