

## ハイブリッド手術室 変更・追加 申請

西暦  年  月  日

施設名

担当科

担当科責任者 氏名

印

申請

変更

追加

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) 経皮的な心肺補助装置が配置されている。

ハイブリッド手術室申請理由