番号	眼球提供が実施された場所	摘出医（自施設/他施設）	あっせん機関名	国内/海外	移植施行機関	移植医師名	広域斡旋の有無
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

2024年1月1日以降に貴施設で行った角膜移植術（連続20例）の情報を記載してください。

広域斡旋の場合：搬送手段	広域斡旋の場合：搬送中の品質保持の方法	ドナー角膜の状態	移殖術式	術後経過観察機関