様式87の46

頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

|  |
| --- |
| １　関係学会による教育研修施設としての認定　　　　　　　　　　　　（　有　・　無　）　　　学会名：　　　認定年月日： |
| ２　頭頸部外科について５年以上の経験を有し、所定の研修を修了している常勤の医師の氏名等（１名以上） |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 頭頸部外科の経験年数 |
|  | 時間 | 年 |
|  | 時間 | 年 |
|  | 時間 | 年 |
|  | 時間 | 年 |
| ３　２の常勤医師に係る所定の研修の修了状況 |
| 常勤医師の氏名 | 研修の名称 | 研修の実施主体 | 研修修了日 |
|  |  |  | 　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 　　年　　月　　日 |
|  |  |  | 　　年　　月　　日 |
| ４　常勤の麻酔科標榜医の氏名 |  |
|  |
| ５　緊急手術が可能な体制　　　　　　　　　　　　　　　（　有　・　無　） |
| ６　保守管理の計画　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　有　・　無　） |

［記載上の注意］

１　「１」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。

２　「２」の医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

３　「３」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。

４　「４」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。