

様式 49 の 4

磁気による膀胱等刺激法の施設基準に係る届出書添付書類

5年以上の泌尿器科 の経験又は5年以上 の産婦人科の経験を 有する常勤の医師の 氏名等	医師の氏名	診療科名	経験年数	
			科	年
			科	年
			科	年
			科	年
			科	年

[記載上の注意]

- 1 常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2 担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。