

様式 54 の 2

治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は  
帯状角膜変性に係るものに限る。)) の施設基準に係る届出書添付書類

|  |      |       |
|--|------|-------|
| 1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）                      |      |       |
| 科  |      |       |
| 2 眼科の経験を5年以上有するとともに当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する医師の氏名等 |      |       |
| 常勤医師の氏名  | 経験年数 | 経験症例数 |
|  | 年    | 例     |
|  | 年    | 例     |
|  | 年    | 例     |
| 3 眼科の常勤医師の氏名<br>(1名以上、「2」と重複しても可)                  |      |       |
|  |      |       |
|  |      |       |
|  |      |       |

[記載上の注意]

- 1 「2」の経験年数は、眼科の経験年数を記載すること。
- 2 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 眼科を担当する医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。