様式87の50

角結膜悪性腫瘍切除術の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １　標榜診療科（当該手術を担当する科名）  科 | | | |
| ２　眼科の経験を５年以上有す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 | | 眼科の経験年数 |
|  | 時間 | | 年 |
|  | 時間 | | 年 |
| ３　当該手術を担当する診療科における常勤の医師の氏名等（３名以上） | | | |
| 常勤医師の氏名 | | 勤務時間 | 診療科名（当該手術を担当する科名） |
|  | | 時間 | 科 |
|  | | 時間 | 科 |
|  | | 時間 | 科 |
|  | | 時間 | 科 |
| ４　病理部門の病理医氏名 | |  | |

［記載上の注意］

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。