

静脈奇形硬化療法の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科	
形成外科（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：有 2：無
放射線科（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：有 2：無
心臓血管外科（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：有 2：無
小児外科（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：有 2：無
2 関係学会から示されている指針に基づく所定の研修を修了した医師の氏名等	
氏名	
所定の研修修了年月	年 月 日
3 診療放射線技師の氏名	
4 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該治療を行うための体制（該当するいずれか1つを○で囲むこと）	
	1：有 2：無

[記載上の注意]

- 1 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。