

組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものを含む。））・ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）の施設基準に係る届出書添付書類

項目	記入欄
1 届出を行う項目について （該当するものに○印をつける）	1 組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものを含む。）） 1-1：一次再建 1-2：二次再建 2 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。） 2-1：一次一次的再建 2-2：一次二次的再建 2-3：二次再建
2 形成外科又は乳腺外科の経験を5年以上有する医師の氏名等	
医師 1	
氏名	
診療科	
該当する経験分野 （該当するものに○印をつける）	形成外科 ・ 乳腺外科
当該分野の経験年数	年
勤務態様 （該当するものに○印をつける）	常勤 ・ 非常勤
勤務時間	時間
医師 2	
氏名	
診療科	
該当する経験分野 （該当するものに○印をつける）	形成外科 ・ 乳腺外科
当該分野の経験年数	年
勤務態様 （該当するものに○印をつける）	常勤 ・ 非常勤
勤務時間	時間
医師 3	
氏名	
診療科	
該当する経験分野 （該当するものに○印をつける）	形成外科 ・ 乳腺外科
当該分野の経験年数	年
勤務態様 （該当するものに○印をつける）	常勤 ・ 非常勤
勤務時間	時間

医師 4	氏名	
	診療科	
	該当する経験分野 (該当するものに○印をつける)	形成外科 ・ 乳腺外科
	当該分野の経験年数	年
	勤務態様 (該当するものに○印をつける)	常勤 ・ 非常勤
	勤務時間	時間
3	2の医師に係る所定の研修の修了状況	
医師 1	氏名	
	研修の名称	
	研修の実施主体	
	研修修了日	
医師 2	氏名	
	研修の名称	
	研修の実施主体	
	研修修了日	
医師 3	氏名	
	研修の名称	
	研修の実施主体	
	研修修了日	
医師 4	氏名	
	研修の名称	
	研修の実施主体	
	研修修了日	

[記載上の注意]

- 「1」は、届出を行う項目ごとに、該当するもの全てに○印をつけること。
- 「2」の経験分野、勤務態様について、該当するものに○印をつけること。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）を記載すること。
- 「2」については、5年以上の形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を有する医師について記入すること。
- 「3」については、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。