

培養ヒト角膜内皮細胞移植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 研修を修了した常勤医師の氏名等		
常勤医師 1		
氏名		
勤務時間		時間
診療科名（当該手術を担当する科名）		科
所定の研修の有無 （該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：有 2：無	
常勤医師 2		
氏名		
勤務時間		時間
診療科名（当該手術を担当する科名）		科
所定の研修の有無 （該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：有 2：無	
常勤医師 3		
氏名		
勤務時間		時間
診療科名（当該手術を担当する科名）		科
所定の研修の有無 （該当するいずれか1つを○で囲むこと）	1：有 2：無	
3 眼科の経験を5年以上有し、かつ、当該手術に角膜移植について主として実施する医師として5例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師 1		
氏名		
勤務時間		時間
眼科の経験年数		年
角膜移植の経験症例数		例
常勤医師 2		
氏名		
勤務時間		時間
眼科の経験年数		年
角膜移植の経験症例数		例

[記載上の注意]

- 1 「2」及び「3」の常勤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。また、所定の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
- 2 「3」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 日本眼科学会と日本角膜移植学会が作成した「ネルテペンドセル使用要件等基準（第2版）」等関連学会から示されている基準等を遵守していることが認定されていることが分かるものを添付すること。