

内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）  
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 耳鼻咽喉科又は神経内科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等（2名以上。そのうち1名以上が耳鼻咽喉科又は神経内科について10年以上の経験を有している者）				
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名	当該診療科の 経験年数	
	時間		年	
	時間		年	
	時間		年	
3 緊急手術が可能な体制		有                      ・                      無		

[記載上の注意]

- 1 「2」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）を記入すること。
- 2 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。