様式24の４

人工膵臓検査及び人工膵臓療法の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 当該検査用の器械・器具の  名称、台数等 | |  | | |
|  | | 平方ﾒｰﾄﾙ | | |
| 緊急検査が可能な検査体制 | | 有・無 | | |
| 担当医師の状況 | | | | |
| 常時(午前０時より午後12時までの間)  待機医師 | | | 日勤　　　名　当直　　　　名  その他（　　　）　　　　　名 | |
| ５年以上の経験を有する医師 | | | 常勤　　　名　非常勤　　　名 | |
| 当該医療機関内で常時(午前０時より午後12時までの間)実施できる検査に係る機器の名称、台数等 | | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
| 臨床検査技師及び診療放射線技師等の勤務体制 | | | | |
|  | 人　　　　数 | | | 勤　 務 　形 　態 |
| 臨床検査技師 | 名 | | |  |
| 診療放射線技師 | 名 | | |  |
|  | 実　患　者　数 | | | 算　定　期　間 |
| 名 | | | 年　月　日　～　　年　月　日 |

［記載上の注意］

　　１　「担当医師」の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

２　当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。