様式87の28

舌下神経電気刺激装置植込術の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科 | | | | | | |
| ２　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科の診療の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等 | | | | | | |
| 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 | | 科 | | 年 |
|  | | 時間 | | 科 | | 年 |
|  | | 時間 | | 科 | | 年 |
|  | | 時間 | | 科 | | 年 |
|  | | 時間 | | 科 | | 年 |
| ３　２の常勤医師にかかる所定の研修修了状況 | | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 研修の名称 | | 研修の実施主体 | | 研修修了日 | |
|  |  | |  | | 年　　月　　日 | |
|  |  | |  | | 年　　月　　日 | |
|  |  | |  | | 年　　月　　日 | |
|  |  | |  | | 年　　月　　日 | |
|  |  | |  | | 年　　月　　日 | |

［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）を記載すること。

２　「３については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。

３　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。