様式87の46の２

頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療に係るものに限る。）

の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １　関係学会による教育研修施設としての認定　　　　　　　　　　　　（　有　・　無　）  　　　学会名：  　　　認定年月日： | | | |
| ２　頭頸部癌の治療について５年以上の経験を有し、所定の研修を修了している常勤の歯科医師の氏名等（１名以上） | | | |
| 常勤歯科医師の氏名 | 勤務時間 | 頭頸部癌治療の  経験年数 | 所定の研修修了年月日 |
|  | 時間 | 年 |  |
|  | 時間 | 年 |  |
|  | 時間 | 年 |  |
|  | 時間 | 年 |  |
| ３　常勤の歯科麻酔科医又は麻酔科標榜医の氏名 | |  | |
|  | |
| ４　緊急手術が可能な体制　　　　　　　　　　　　　　　（　有　・　無　） | | | |
| ５　保守管理の計画　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　有　・　無　） | | | |

［記載上の注意］

１　「１」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。

２　「２」の歯科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。

また、当該常勤歯科医師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。

３　「３」について、麻酔科標榜医の場合は麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

４　「５」について、当該療法に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。

５　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。