様式54の２

治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は

帯状角膜変性に係るものに限る。））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　眼科の経験を５年以上有するとともに当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤医師の氏名等 | | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 眼科の経験年数 | 当該手術の術者としての経験症例数 |
|  | 時間 | 年 | 例 |
|  | 時間 | 年 | 例 |
|  | 時間 | 年 | 例 |
| ３　眼科の常勤医師の氏名  （１名以上、「２」と重複しても可） | |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

［記載上の注意］

１　「２」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。

２　眼科を担当する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。