様式87の31

　　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。