

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。