様式５の14

下肢創傷処置管理料の施設基準に係る届出書添付書類

下肢創傷処置に関する適切な研修を修了した整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を５年以上有している常勤医師

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間（時間／週） | 診療科名 | 当該診療科の経験年数 | 研修修了の有無 |
|  | 時間 |  | 年 | □ |
|  | 時間 |  | 年 | □ |

［記載上の注意］

１　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　研修については、研修の修了証の写し（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。