

多血小板血漿処置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 形成外科、血管外科又は皮膚科の経験を有する常勤の医師の氏名等 | | | |
| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 当該診療科の 経験年数 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| 3 常勤の薬剤師又は臨床工学技士の氏名 | | | |

[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）を記載すること。
- 2 再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成 25 年法律第 85 号）第 3 条に規定する再生医療等提供基準を遵守していることを証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。