

脳磁図の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|---|-------|----------|
| 3 年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師の氏名等 ※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む | | |
| 常勤 換算 | 医師の氏名 | 脳磁図の経験年数 |
| <input type="checkbox"/> | | 年 |
| <input type="checkbox"/> | | 年 |

[記載上の注意]

3 年以上の脳磁図の経験を有する常勤医師につき記載すること。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。また、当該医師の経歴(当該検査に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの)を添付すること。