

角結膜悪性腫瘍切除術の施設基準に係る届出書添付書類

| | | |
|-------------------------------------|------|-------------------|
| 1 標榜診療科（当該手術を担当する科名） | | |
| | | 科 |
| 2 眼科の経験を 5 年以上有する常勤の医師の氏名等（ 1 名以上） | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 眼科の経験年数 |
| | 時間 | 年 |
| | 時間 | 年 |
| 3 当該手術を担当する診療科における常勤の医師の氏名等（ 3 名以上） | | |
| 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 診療科名（当該手術を担当する科名） |
| | 時間 | 科 |
| | 時間 | 科 |
| | 時間 | 科 |
| | 時間 | 科 |
| 4 病理部門の病理医氏名 | | |

[記載上の注意]

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。