

舌下神経電気刺激装置植込術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				
科				
2 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科の診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等				
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	所定の研修修了年月日
	時間	科	年	
	時間	科	年	
	時間	科	年	
	時間	科	年	
	時間	科	年	

〔記載上の注意〕

- 「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。

また、当該常勤医師の研修の修了を証する文書の写し（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。

- 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。