

様式 56

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）  
下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）  
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。）   |      |      |                |                          |
|--|------|------|----------------|--------------------------|
| 2 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）<br>について合わせて5例以上の経験を有する常勤の形成外科又は耳鼻咽喉科の常勤医師の氏名<br>等（1名以上） |      |      |                |                          |
| 常勤医師の氏名  | 勤務時間 | 診療科名 | 当該診療科<br>の経験年数 | 上顎骨形成術又は<br>下顎骨形成術の経験症例数 |
|  | 時間   |      | 年              | 例                        |
|  | 時間   |      | 年              | 例                        |
|  | 時間   |      | 年              | 例                        |

[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。
- 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 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。