

抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

| 当該化学療法の<br>専任の常勤医師 | 氏 名 | 経 験 年 数 |
|--------------------|-----|---------|
|                    |     | 年       |
|                    |     | 年       |
|                    |     | 年       |
|                    |     | 年       |

[記載上の注意]

届出に当たっては、医師は、5年以上の化学療法の経験を有する者であること。