

様式 23 の 2

骨髓微小残存病変量の施設基準に係る届出書添付書類

|  |         |         |      |                |
|--|---------|---------|------|----------------|
| 1 届出する区分について（該当する区分に○印をつける）  |         |         |      |                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合</li> <li>・ 当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合</li> </ul> |         |         |      |                |
| 2 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  |         |         |      |                |
| 科  |         |         |      |                |
| 3 内科又は小児科の<br>経験を5年以上有する<br>常勤の医師の氏名等  | 診療科名    | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 当該診療科の<br>経験年数 |
|  |         |         | 時間   | 年              |
|  |         |         | 時間   | 年              |
|  |         |         | 時間   | 年              |
| 4 血液内科の経験を<br>5年以上有する常勤<br>の医師の氏名等   | 常勤医師の氏名 |         | 勤務時間 | 血液内科の<br>経験年数  |
|  |         |         | 時間   | 年              |
|  |         |         | 時間   | 年              |
|  |         |         | 時間   | 年              |
| 5 関係学会による認定の有無   |         |         |      |                |
| （ 有 ・ 無 ）  |         |         |      |                |
| 6 関係学会の作成する遺伝子関連検査検体品質管理マニュアルの遵守   |         |         |      |                |
| （ 有 ・ 無 ）  |         |         |      |                |
| 7 当該検査を委託する施設  |         |         |      |                |
| 名称   | 住所      |         |      | 確認方法           |
|  |         |         |      |                |
|  |         |         |      |                |
|  |         |         |      |                |

[記載上の注意]

- 1 「3」及び「4」の内科又は小児科及び血液内科を担当する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）を記入すること。
- 2 「5」及び「6」については、「当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合」として届出する場合に記載すること。また、「5」については、関係学会より認定された施設であることを証する文書の写し又はウェブページのコピー等を添付すること。
- 3 「7」については、当該検査を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合に限り記載すること。また、確認方法の欄には、当該保険医療機関又は衛生検査所が関係学会の作成する遺伝子関連検査検体品質管理マニュアルを遵守し検査を実施していること及び関係学会より認定されていることを確認できるウェブページのURLを記載する等、確認方法を記載した上で、当該ウェブページのコピー等を添付すること。