

様式5の 10

婦人科特定疾患治療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

婦人科又は産婦人科を担当する常勤の医師

| 氏名 | 勤務時間 | 月経困難症の治療に係る適切な研修の受講 |
|----|------|---------------------|
| | 時間 | あり ・ なし |
| | 時間 | あり ・ なし |
| | 時間 | あり ・ なし |

[記載上の注意]

1. 医師について、月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していることがわかる書類（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。
2. 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。