

経皮的下肢動脈形成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 関連学会が認定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（当該手術を担当する科名） | |
| | 時間 | 科 | |
| | 時間 | 科 | |
| | 時間 | 科 | |
| | 時間 | 科 | |
| 3 緊急手術が可能な体制 | | 有 ・ 無 | |
| 4 関連学会より認定された年月日 | | 年 月 日 | |

[記載上の注意]

- 1 「2」の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 「2」については、当該医師が関連学会からの認定を証する文書の写しを添付すること。