

様式 50 の 5 の 2

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））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。）		科
2 整形外科について5年以上の経験を有する常勤の医師		
常勤医師の氏名	経験年数	
3 日本組織移植学会の認定する組織バンクの有無（有・無）		
4 「3」で「無」の場合、当該組織バンクを有する保険医療機関との契約の有無（有・無）		

[記載上の注意]

- 「2」の医師の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 「3」について、組織バンクを有することを証する文書の写しを添付すること。
- 「4」について、組織バンクを有していない場合は、組織バンクを有する保険医療機関と適切な使用及び保存方法等について契約していることを証する文書の写しを添付すること。
- 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。