

角結膜悪性腫瘍切除術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（当該手術を担当する科名）		
		科
2 眼科の経験を 5 年以上有する常勤の医師の氏名等（ 1 名以上）		
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数
	時間	年
	時間	年
3 当該手術を担当する診療科における常勤の医師の氏名等（ 3 名以上）		
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
4 病理部門の病理医氏名		

[記載上の注意]

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。