

組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合）
・ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）の施設基準に係る
届出書添付書類

<p>1 届出を行う項目について（該当するものに○印をつける）</p> <p>・ 組織拡張器による再建手術（一連につき） 1 乳房（再建手術）の場合 （ 一次再建 二次再建 ）</p> <p>・ ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後） （ 一次一次的再建 一次二期的再建 二次再建 ）</p>						
2 形成外科又は乳腺外科の経験を5年以上有する医師の氏名等						
医師の氏名	所属する 診療科名	該当する 経験分野	当該分野の 経験年数	勤務態様	勤務時間	登録 年月日
	科	・ 形成外科 ・ 乳腺外科	年	・ 常 勤 ・ 非常勤	時間	
	科	・ 形成外科 ・ 乳腺外科	年	・ 常 勤 ・ 非常勤	時間	
	科	・ 形成外科 ・ 乳腺外科	年	・ 常 勤 ・ 非常勤	時間	
	科	・ 形成外科 ・ 乳腺外科	年	・ 常 勤 ・ 非常勤	時間	

〔記載上の注意〕

- 1 「1」は、届出を行う項目ごとに、該当するもの全てに○印をつけること。
- 2 「2」の経験分野、勤務態様について、該当するものに○印をつけること。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。
- 3 「2」については、5年以上の形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を有する医師について記入すること。また、当該医師の専門的な研修施設での経験年数及び研修修了登録の有無がわかるもの（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。