

顎関節人工関節全置換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 形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を 5 年以上有する医師の氏名等 |         |         |       |
| 診療科名                                    | 常勤医師の氏名 | 勤務時間    | 経験年数  |
|   |         | 時間      | 年     |
|   |         | 時間      | 年     |
|   |         | 時間      | 年     |
| 3 2 の医師に係る所定の研修の状況                      |         |         |       |
| 常勤医師の氏名                                 | 研修の名称   | 研修の実施主体 | 研修修了日 |
|   |         | 時間      | 年 月 日 |
|   |         | 時間      | 年 月 日 |
|   |         | 時間      | 年 月 日 |

[記載上の注意]

- 1 「2」の形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科を担当する常勤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。
- 2 「3」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。