

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、耳鼻いんこう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 | 所定の研修修了 年月日 |
| | | 時間 | 年 | |
| | | 時間 | 年 | |
| | | 時間 | 年 | |

[記載上の注意]

- 「2」の形成外科、耳鼻いんこう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」については、所定の研修の修了を証する文書の写し（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。