

腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）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 外科又は消化器外科 の常勤の医師の氏名等 （外科又は消化器外科 について5年以上の経 験を有する常勤の医師 が2名以上、そのうち 10年以上の経験を有す るものが1名以上） | 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 当該診療科の 経験年数 |
| | | | 時間 | 年 |
| | | | 時間 | 年 |
| | | | 時間 | 年 |

[記載上の注意]

- 「2」の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）を記載すること。
- 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。