

自家脂肪注入の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）			
科			
2 形成外科の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等（2名以上、そのうち1名以上が10年以上の経験を有する者）			
常勤医師の氏名	勤務時間	形成外科の 経験年数	関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了の有無
	時間	年	有 ・ 無
	時間	年	有 ・ 無
	時間	年	有 ・ 無
3 耳鼻咽喉科の専門的な研修の経験を10年以上有している常勤医師の氏名等（1名以上）			
常勤医師の氏名	勤務時間	耳鼻咽喉科 の経験年数	関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了の有無
	時間	年	有 ・ 無
	時間	年	有 ・ 無
4 緊急手術が可能な体制		有 ・ 無	

〔記載上の注意〕

- 「2」及び「3」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。
- 「2」及び「3」の常勤医師のうち1名以上が、関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了していること。
- 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。