

## 舌下神経電気刺激装置植込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 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科の診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等 |       |         |                |
| 常勤医師の氏名                              | 勤務時間  | 診療科名    | 当該診療科の<br>経験年数 |
|                                      | 時間    | 科       | 年              |
|                                      | 時間    | 科       | 年              |
|                                      | 時間    | 科       | 年              |
|                                      | 時間    | 科       | 年              |
|                                      | 時間    | 科       | 年              |
| 3 2の常勤医師にかかる所定の研修修了状況                |       |         |                |
| 常勤医師の氏名                              | 研修の名称 | 研修の実施主体 | 研修修了日          |
|                                      |       |         | 年    月    日    |
|                                      |       |         | 年    月    日    |
|                                      |       |         | 年    月    日    |
|                                      |       |         | 年    月    日    |
|                                      |       |         | 年    月    日    |

## [記載上の注意]

- 1 「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。
- 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。
- 3 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。