

**頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療に係るものに限る。）
の施設基準に係る届出書添付書類**

1 関係学会による教育研修施設としての認定 (有 · 無)			
学会名 :			
認定年月日 :			
2 頭頸部癌の治療について 5 年以上の経験を有し、所定の研修を修了している常勤の歯科医師の氏名等 (1 名以上)			
常勤歯科医師の氏名	勤務時間	頭頸部癌治療の経験年数	所定の研修修了年月日
	時間	年	
3 常勤の歯科麻酔科医又は麻酔科標榜医の氏名			
4 緊急手術が可能な体制 (有 · 無)			
5 保守管理の計画 (有 · 無)			

[記載上の注意]

- 1 「1」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。
- 2 「2」の歯科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。
また、当該常勤歯科医師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。
- 3 「3」について、麻酔科標榜医の場合は麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 4 「5」について、当該療法に用いる機器の保守管理の計画書を添付すること。
- 5 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。