

神経学的検査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。）				
2 神経学的検査に関する所定の研修を修了した常勤医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有する医師に限る。）の氏名等 ※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む。				
常勤換算	医師の氏名	勤務時間	診療科名	専ら神経系疾患の診療を担当した経験年数
<input type="checkbox"/>		時間		年
<input type="checkbox"/>		時間		年
<input type="checkbox"/>		時間		年
3 専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有する医師の氏名等				
医師の氏名		勤務の形態	診療科名	専ら神経系疾患の診療を担当した経験年数
		常勤・非常勤		年
		常勤・非常勤		年
		常勤・非常勤		年
		常勤・非常勤		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）を記入すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。また、「2」に記入した医師の研修会修了証書の写し（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」については、「2」に記入した医師以外の医師であって、当該検査を実施する医師全てについて記入すること。