

抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

| 当該化学療法の 専任の常勤医師 | 氏 名 | 経 験 年 数 |
|--------------------|-----|---------|
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |
| | | 年 |

[記載上の注意]

届出に当たっては、医師は、5 年以上の化学療法の経験を有する者であること。