

**頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療以外の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 頭頸部外科について 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医師の氏名等 (1 名以上)			
常勤医師の氏名	勤務時間	頭頸部外科の 経験年数	
	時間	年	
3 2 の常勤医師に係る所定の研修の修了状況			
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
4 常勤の麻酔科標榜医の氏名			
5 緊急手術が可能な体制 (有 · 無)			
6 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。
- 3 「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。
- 4 「4」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。