

**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 | |
| | 時間 | 年 | |
| | 時間 | 年 | |
| | 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。