

下肢創傷処置管理料の施設基準に係る届出書添付書類

下肢創傷処置に関する適切な研修を修了した整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を5年以上有している常勤医師

常勤医師の氏名	勤務時間 (時間／週)	診療科名	当該診療科の 経験年数	研修修了の有無
	時間		年	<input type="checkbox"/>
	時間		年	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 1 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）を記載すること。
- 2 研修については、研修の修了証の写し（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。