

様式 54 の 3

羊膜移植術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科（当該手術を担当する科名）			
科			
2 常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	診療科名 （当該手術を担当する科名）	
	時間	科	
	時間	科	
	時間	科	
	時間	科	
	時間	科	
3 眼科の経験を5年以上有し、かつ、当該手術について主として実施する医師又は補助を行う医師として6例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	眼科の経験年数	当該療養の経験症例数
	時間	年	例
	時間	年	例

[記載上の注意]

- 「2」及び「3」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）を記載すること。
- 「3」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守していることが認定されていることが分かるものを添付すること。