

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」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」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」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」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- 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。