様式 29 の２

ロービジョン検査判断料の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）

２　当該診療に関連する研修を修了した眼科を担当する常勤医師の氏名等
※　非常勤医師を組み合わせた場合を含む。

常勤換算	医師の氏名	勤務時間
□		時間
□		時間
□		時間

［記載上の注意］

「２」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）を記入すること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。また、当該医師の厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）の修了証書の写し（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。