

経気管支凍結生検法／壁側胸膜凍結生検法の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う項目 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 経気管支凍結生検法 2 壁側胸膜凍結生検法
2 呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等	
常勤医師 1	
氏名	
勤務時間	時間
診療科	
呼吸器系疾患の診療の経験年数	年
常勤医師 2	
氏名	
勤務時間	時間
診療科	
呼吸器系疾患の診療の経験年数	年
常勤医師 3	
氏名	
勤務時間	時間
診療科	
呼吸器系疾患の診療の経験年数	年
3 診療放射線技師の氏名 (経気管支凍結生検法を届け出る場合に限り記載)	
4 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制の概要	
(This area is left blank for the user to provide details on emergency response and examination protocols.)	

[記載上の注意]

「2」の常勤医師の勤務時間については、勤務時間欄に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。