様式 87 の 65

女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科

2　産婦人科又は婦人科の経験を５年以上有しており、女子外性器悪性腫瘍手術における女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として３例以上実施した経験を有する医師の氏名等

診療科名	医師の氏名	当該診療科の経験年数	女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例

3　常勤医師の氏名等	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間
			時間
			時間
			時間
			時間
			時間
4　病理部門の病理医氏名			

［記載上の注意］

１　「２」については、当該生検症例一覧（実施年月日、検査名、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。

２　「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。