

培養ヒト角膜内皮細胞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 研修を修了した常勤医師の氏名等		
常勤医師 1		
氏名		
勤務時間	時間	
診療科名（当該手術を担当する科名）	科	
所定の研修の有無 （該当するいずれか 1 つを○で囲むこと）	1 : 有 2 : 無	
常勤医師 2		
氏名		
勤務時間	時間	
診療科名（当該手術を担当する科名）	科	
所定の研修の有無 （該当するいずれか 1 つを○で囲むこと）	1 : 有 2 : 無	
常勤医師 3		
氏名		
勤務時間	時間	
診療科名（当該手術を担当する科名）	科	
所定の研修の有無 （該当するいずれか 1 つを○で囲むこと）	1 : 有 2 : 無	
3 眼科の経験を 5 年以上有し、かつ、当該手術に角膜移植について主として実施する医師として 5 例以上の経験を有する常勤の医師の氏名等		
常勤医師 1		
氏名		
勤務時間	時間	
眼科の経験年数	年	
角膜移植の経験症例数	例	
常勤医師 2		
氏名		
勤務時間	時間	
眼科の経験年数	年	
角膜移植の経験症例数	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。また、所定の研修の修了を証する文書の写し（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。
- 「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。