

経皮的選択的眼動脈注入術の施設基準に係る届出書添付書類

1 担当する診療科の常勤医師の氏名等（それぞれ1名以上）		
放射線科の経験を5年以上有する常勤医師		
氏名		
勤務時間	時間	
放射線科の経験年数	年	
眼科の経験を5年以上有する常勤医師		
氏名		
勤務時間	時間	
眼科の経験年数	年	
小児科の経験を5年以上有する常勤医師		
氏名		
勤務時間	時間	
小児科の経験年数	年	
2 麻酔科標榜医の氏名		
2-3 診療放射線技師の氏名		
3-4 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該治療を行うための体制 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)		1 : 有 2 : 無

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤医師の勤務時間は、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。
- 2 「2」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
- ~~2-3~~ 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。