実施体制及び責任医師等の経験について

Ⅰ．当該医療を提供するための実施体制について

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 設備の有無 | 有　・　 無 |
| ［具体的な内容］ |
| 1. 他科（部）との連携 | 有　・　 無 |
| ［具体的な内容］ |
| 1. 他機関との連携 | 有　・　 無 |
| ［具体的な内容］（※他医療機関への視察や経験者の招聘など） |

Ⅱ．実施責任医師等の経験等について

※実施医師は必要な欄を適宜追加すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施責任医師 | 氏名・所属・職名 |  |
| 資格及び経験症例数 | 資格：［　　　　　　　　　　　　］  経験症例数：　　　　例  （当該診療の経験症例が無い場合は類似症例経験数を記載） |
| 学会・企業等が定める講習等の受講歴 | 有　・　 無  講習名：［　　　　　　　　　　　　］  ※受講歴が無い場合はその理由を記載すること。  （理由） |
| 実施医師１ | 氏名・所属・職名 |  |
| 資格及び経験症例数 | 資格：［　　　　　　　　　　　　］  経験症例数：　　　　例  （当該診療の経験症例が無い場合は類似症例経験数を記載） |
| 学会・企業等が定める講習等の受講歴 | 有　・　 無  講習名：［　　　　　　　　　　　　］  ※受講歴が無い場合はその理由を記載すること。  （理由） |
| 実施医師２ | 氏名・所属・職名 |  |
| 資格及び経験症例数 | 資格：［　　　　　　　　　　　　］  経験症例数：　　　　例  （当該診療の経験症例が無い場合は類似症例経験数を記載） |
| 学会・企業等が定める講習等の受講歴 | 有　・　 無  講習名：［　　　　　　　　　　　　］  ※受講歴が無い場合はその理由を記載すること。  （理由） |

・他科（部）または他機関との連携がある場合は、適宜追加してください。