

〔別紙第1〕

麻酔科標榜許可申請書

医療法第6条の6第1項の規定による診療科名として麻酔科の標榜を許可されたく、麻酔施行経験証明書を添付し申請します。

年 月 日

氏名 _____ 印

(注1)

厚生労働大臣 殿

ふりがな 氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 才)
ふりがな 現住所 〒 (-)	電話番号 () -		
ふりがな 従事先の名称	電話番号 () -		
診療科名(注2)	役職又は地位		
医籍登録番号	医籍の 登録年月日		

年	月	略 歴	常勤又は非常勤の別(注3)
		大学卒業	
			常勤・非常勤 (週 時間)
			常勤・非常勤 (週 時間)
			常勤・非常勤 (週 時間)
			常勤・非常勤 (週 時間)
			常勤・非常勤 (週 時間)
			常勤・非常勤 (週 時間)
			常勤・非常勤 (週 時間)

麻酔業務に関する経歴(注4)	期 間	年 数	常勤又は非常勤の別	症例数	施設名	施設の所在地	麻酔指導医の氏名
	年 月 日～ 年 月 日	年 か月	常勤 非常勤	例			
	年 月 日～ 年 月 日	年 か月	常勤 非常勤	例			
	年 月 日～ 年 月 日	年 か月	常勤 非常勤	例			
	年 月 日～ 年 月 日	年 か月	常勤 非常勤	例			
	年 月 日～ 年 月 日	年 か月	常勤 非常勤	例			
	年 月 日～ 年 月 日	年 か月	常勤 非常勤	例			
	合 計	年 か月		例			

注1) 電子申請の場合、個人印は不要であること。

注2) 診療科名については、現在診療に従事している診療科名を記載のこと。

注3) 非常勤の場合は、週当たりの勤務時間を記載のこと。また、麻酔業務に関連のない期間については、記入不要であること。

注4) 麻酔業務に関する経歴については別紙第2または別紙第3の内容と一致していること。