指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請（病院又は診療所）について

医療の種類は以下の通りとなっております。なお，複数の医療を希望する場合は，医療の種類ごとに申請する必要があります。

|  |  |
| --- | --- |
| ・眼科に関する医療 | ・心臓移植に関する医療 |
| ・耳鼻咽喉科に関する医療 | ・腎臓に関する医療 |
| ・口腔に関する医療 | ・腎移植に関する医療 |
| ・整形外科に関する医療 | ・小腸に関する医療 |
| ・形成外科に関する医療 | ・肝臓移植に関する医療 |
| ・中枢神経に関する医療 | ・歯科矯正に関する医療 |
| ・脳神経外科に関する医療 | ・免疫に関する医療 |
| ・心臓脈管外科に関する医療 |  |

申請には次の（１）～（６）の書類を提出してください。

（１）様式第29号　　【指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書】

（２）別紙１　　　　【経歴書】

（３）別紙２　　　　【自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要】

（４）別紙３　　　　【研究内容に関する証明書】

（５）医療の種類ごとに必要な書類（次ページ「医療の種類ごとの要件及び提出書類」に記載）

（６）添付書類

○ 医師又は歯科医師免許証の写し

原本証明をしたもの（Ａ４サイズ）

○ 保険医登録票の写し

○ 学位記・認定医証の写し

（無い場合は添付不要）

○ 保険医療機関指定通知書の写し

なお，病院又は診療所の指定に当たっては，

●　原則として現に自立支援医療の対象となる身体障害の治療を行っており，かつ，指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）療養担当規程(平成18年２月29日厚生労働省告示第65号)に基づき，懇切丁寧な自立支援医療が行える病院又は診療所であること。

●　自立支援医療を行うため，担当しようとする医療の種類について，その診断及び治療を行うに当たって，十分な医療スタッフ等の体制及び医療機器等の設備を有しており，適切な標榜科が示されていること。また，患者やその家族の要望に応えて，各種医療・福祉制度の紹介や説明，カウンセリングの実施等が行えるスタッフについて体制が整備されていること。

●　主として担当する医師又は歯科医師は，当該指定自立支援医療機関における**常勤の医師又は歯科医師**であること。

●　それぞれの医療の種類の専門科目につき，適正な医療機関における研究，診療従事年数が，医籍または歯科医籍登録後，通算して**５年以上**あること。

●　次ページの**医療の種類ごとの要件**を満たしていること。

等が要件となります。

医療の種類ごとの要件及び提出書類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医　療　名 | 医療機関の要件 | 医師又は歯科医師の要件 | 提出書類 |
| 中枢神経に関する医療 |  | これまでの研究・診療経験と，育成医療又は更生医療で対象としている医療内容に関連性が認められるものであること。 |  |
| 心臓脈管外科に関する医療 | 心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備を有すること。 |  |  |
| 心臓移植に関する医療 | 移植関係学会合同委員会において，心臓移植実施施設として選定された施設であること。なお，心臓移植後の抗免疫療法を担当する医療機関にあっては，心臓移植術実施施設又は心臓移植後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により心臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。 | 心臓移植関連学会協議会・施設認定審議会の施設認定基準における心臓移植経験者であること。心臓移植後の抗免疫療法については，臨床実績を有する者又は心臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であること。 | **別紙６**【心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）】又は**別紙７**【心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）】 |
| 腎臓に関する医療 | 血液浄化療法に関する機器及び専用のスペースを有すること。 | 血液浄化療法に関する臨床実績が１年以上あること。 | **別紙４**【人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書】 |
| 腎移植に関する医療 | 腎移植に必要な関連機器と血液浄化装置（機器）を備えていること。 | 腎移植に関する臨床実績が３例以上あること。 | 要件を証明する書類（任意様式） |
| 小腸に関する医療 |  | 中心静脈栄養法について20例以上，経腸栄養法について10例以上の臨床経験を有していること。 | **別紙５**【中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書】 |
| 肝臓移植に関する医療 | 移植関係学会合同委員会において，肝臓移植実施施設として選定された施設であること又は「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）で定める生体部分肝移植術に関する施設基準を満たしている施設であること。なお，肝臓移植術後の抗免疫療法を担当する医療機関にあっては，肝臓移植術実施施設又は肝臓移植後の抗免疫療法の実績を有する施設との連携により肝臓移植術後の抗免疫療法を実施できる体制及び設備を有している施設であること。 | 生体部分肝移植術又は同種死体肝移植術に関する臨床実績が３例以上あること。なお，肝臓移植術後の抗免疫療法については，臨床実績を有する者又は肝臓移植術経験者など十分な臨床実績を有する者との連携を確保できる者であること。 | **別紙８**【肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）】又は**別紙９**【肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）】 |
| 歯科矯正に関する医療 |  | これまでの研究内容と口蓋裂の歯科矯正の臨床内容とに関連が認められ，かつ，５例以上の経験を有していること。 | 要件を証明する書類（任意様式） |
| 免疫に関する医療 | 各診療科医師の連携により総合的なＨＩＶ感染に関する診療の実施ができる体制及び設備であること。 | エイズ拠点病院等の内科及び小児科等でＨＩＶ診療に従事し，かつ，その診断に関する相当の学識経験を有すること。 |  |

注　　毎年，２月・６月・10月末日がそれぞれ提出の〆切となりますので，期限厳守で提出をお願いします。

**（記入方法等）**

　１　医療の種類ごとに申請書類を作成すること。

２ 「保険医療機関」の名称は，正式名称を記載すること。

３ 「担当しようとする医療の種類」は，１ページ目の一覧のうち希望するものを記載すること。

４ 「自立支援医療を行うための入院設備の収容定員」は，希望する医療の種類での収容定員を記載すること。

５ （別紙１）経歴書の「学位」は，専門科目に関する学位の有無を記載すること。

６ （別紙１）経歴書の「関係学会加入状況」は，加入している学会名及び学会における必要な記録を記載すること。

７ （別紙１）経歴書の「任免事項」は，次の点に留意し，記載すること。

（１）医師免許取得時期を明記し，医師免許証の写しを添付すること。

（２）病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し又は研究等のために利用した施設については，関係した専門科目名まで必ず記載すること。

（例えば，○○医科大学眼科学教室又は○○病院眼科のように記載し，○○医科大学，○○病院のように省略しないこと。）

（３）勤務先における身分（例えば，医長，医員，講師，助手等）を明確に記載すること。

（４）非常勤職員については，１か月又は１週間あたりの勤務日数，延時間数を明確に記載すること。

（５）２以上の施設に兼務する等の場合は，それぞれの施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記入すること。

（例えば，○○医科大学整形外科週４日（延○時間勤務），○○病院週２日（延○時間勤務）等）

（６）大学院については，専門コースを明確に記載すること。

（例えば，○○医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等）

８　（別紙１）経歴書には，指導者氏名，研究テーマ，研究の内容別（講義の受講，臨床的研究，理論的研究，実習等）期間，従事日数（１か月又は１週間あたり），その他研究態様を明らかにするための主任教授等による証明書（別紙３）を添付すること。

９　腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合は，それぞれ（別紙４）及び（別紙５）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

10　心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は，（別紙６）又は（別紙７）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

11　肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植後の抗免疫療法を担当しようとする場合は，（別紙８）又は（別紙９）による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

12　腎移植に関する医療及び歯科矯正に関する医療を担当する場合は，２ページ目の医師又は歯科医師の要件を満たす証明書（任意様式）を経歴書に添付すること。

13　（別紙２）自立支援医療を行うために必要な体制及び設備には，それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載すること。

**（誓約項目）**

　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第３項で準用する同法第36条第３項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）に該当しないことを誓約すること。

１　第４号関係

　　申請者が，禁錮以上の刑に処せられ，その執行を終わり，又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

２　第５号関係

　　申請者が，障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律その他の法律（児童福祉法，医師法，歯科医師法，保健師助産師看護師法，医療法，身体障害者福祉法，精神保健及び精神障害者福祉に関する法律，薬事法，薬剤師法，介護保険法）で定める規定により罰金の刑に処せられ，その執行を終わり，又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

３　第５号の２関係

　　申請者が，労働に関する法律（労働基準法，最低賃金法，賃金の支払の確保等に関する法律）で定める規定により罰金の刑に処せられ，その執行が終わり，又は執行を受けることがなくなった日を経過していない。

４　第６号関係

　　申請者が，障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定により指定自立支援医療機関の指定を取り消され，その取消しの日から起算して５年を経過していない。

　（１）指定を取り消された者が法人である場合

　　取消しの処分に係る行政手続法（平成５年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60日以内に法人の役員又は医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で，取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。

　（２）指定を取り消された者が法人でない場合

　　取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該者の管理者であった者で取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。

５　第８号関係

　　申請者が，障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知日から処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で，申出の日から起算して５年を経過していない。

６　第９号関係

　　申請者が障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出をした者（指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で，申出の日から起算して５年を経過していない。

７　第10号関係

　　第８号に規定する期間内に指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出があった場合において，申請者が，第８号の通知の日前60日以内にその申出に係る法人（指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又はその申出に係る法人でない者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で，申出の日から起算して５年を経過していない。

８　第11号関係

　　申請者が，指定の申請前５年以内に自立支援医療に関し不正又は著しく不当な行為をした。

９　第12号関係

　　申請者が，法人で，その役員等のうちに第４号から第11号までのいずれかに該当する。

10　第13号関係

　　申請者が，法人でない者で，その管理者が第４号から第11号までのいずれかに該当する。

様式第29号

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書

（病院又は診療所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者 | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 生年月日 |  | 職名 |  |
| 標ぼうしている診療科目 |  |
| 担当しようとする医療の種類 |  |
| 主として担当する医師又は歯科医師の氏名，生年月日，住所及び経歴 | 別紙１のとおり | 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要 | 別紙２のとおり |
| 自立支援医療を行うための入院設備の収容定員 | 人 |
| 　上記のとおり，障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第１項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定（変更）を受けたいので申請します。また，同法第59条第３項において準用する同法第36条第３項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。　　　　　年　　月　　日（開設者）住　　　　所氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　（※）（※）　本人が手書きしない場合は，記名押印してください。　高　知　市　長　　様 |

※　育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は，この様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち，指定を希望しない医療の部分を二重線で消去すること。

様式第29号**【記載例】**

**指定を希望しない医療は，二重線を引く（下も同様）**

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書

（病院又は診療所）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 | **○○病院** |
| 所在地 | **高知市本町５丁目１－４５** |
| 開設者 | 住所 | **高知市本町５丁目１－４５** |
| 氏名又は名称 | **医療法人　○○会　理事長　高知　太郎** |
| 生年月日 | **昭和○年○月○日** | 職名 | **理事長** |
| 標ぼうしている診療科目 | **泌尿器科** |
| 担当しようとする医療の種類 | **腎臓に関する医療** |
| 主として担当する医師又は歯科医師の氏名，生年月日，住所及び経歴 | 別紙１のとおり | 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要 | 別紙２のとおり |
| 自立支援医療を行うための入院設備の収容定員 | 　**○○**人 |
| 　上記のとおり，障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第１項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定（変更）を受けたいので申請します。**１ページ目の医療の種類のとおりに記入****（複数の場合はそれぞれ申請書が必要です）**また，同法第59条第３項において準用する同法第36条第３項各号（第１号から第３号まで及び第７号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。**開設者（個人・法人代表者）本人による署名の場合，押印は不要です。****※本人署名でない場合は押印が必要です。****担当しようとする医療の種類に関係する標ぼう科を記入****生年月日及び職名も必ず記入****令和○**年**○**月**○**日（開設者）住 所　**高知市本町５丁目１－４５**氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　　（※）（※）　本人が手書きしない場合は，記名押印してください。　高　知　市　長　　様**医療法人○○会****理事長　高知　太郎** |

※　育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は，この様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち，指定を希望しない医療の部分を二重線で消去すること。

（別紙１）

経　　　　　　歴　　　　　　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　位 |  |  | 　 | 生年月日 |  |
| 現住所 |  |
| 関係学会加入状況 |  |
| 年月日 | 任　免　事　項 | 師事した指導者の氏名，学位論文名又は学会に提出した論文名 |
|  |  |  |

（別紙１）【**記載例】**

経　　　　　　歴　　　　　　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学　位 | **専門科目に関する学位の有無** |  | **ふりがなを忘れずに** | 生年月日 | **昭和○年○月○日** |
| 現住所 | **高知市本町５丁目１－４５** |
| 関係学会加入状況 | **加入している学会名及び学会における必要な記録を記載すること。** |
| 年月日 | 任　免　事　項 | 師事した指導者の氏名，学位論文名又は学会に提出した論文名 |
| **昭和○年○月○日****昭和○年○月○日****昭和○年○月○日****昭和○年○月○日****平成○年○月○日** | **○○医科大学卒業****医籍登録****○○医科大学附属病院****○○科医員****○○病院○○科非常勤（週４日勤務）****○○病院○○科勤務** | **師事：△△　△△先生****論文：○○による～** |

（別紙２）

自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 品　　　　　　　　目 | 数　量 | 品　　　　　　　　目 | 数　量 |
| 設　　　　　備（主要なもの） |  |  |  |  |
| 体　　　　　制 |  |

備考　各医療を行うために必要な設備及び体制を記載すること。

（別紙３）

研 究 内 容 に 関 す る 証 明 書

 　　　　　　　　　 医療機関名

 　　　　 　　　　　氏　　　名

１　研究テーマ

２　研究の内容別期間等

　(1)　教室における臨床実習

 自 年　　月　　日

 　　　　　月間（１週　　日　　時間）

 至 年　　月　　日

 (2)　教授指導下での教室外における臨床実習

 自 年　　月　　日

 　　　　　 月間（１週　　日　　時間）

 至 年　　月　　日

３　その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

 主論文

 副論文

 　　上記のとおり相違ないことを証明する。

 　　　　　　年　　月　　日

 大学名

 氏　名

**記載例**

（別紙３）

研 究 内 容 に 関 す る 証 明 書

 　　　　 　　　　　医療機関名　　**○○病院**

 　　　　　　　　　 氏　　　名　　**高知　太郎**

１　研究テーマ

 **変形性膝関節症の組織学的研究**

２　研究の内容別期間等

　(1)　教室における臨床実習

 自 **平成○**年**１**月**１**日

 **６** 月間（１週　**６**日　**４４**時間）

 至 **平成○**年**６**月**30**日

 (2)　教授指導下での教室外における臨床実習

 自 **平成○**年**７**月**１**日

 **１１**月間（１週　**６**日　**４４**時間）

 至 **平成○**年**５**月**31**日

３　その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

 主論文

　　　　**変形性膝関節症の組織学的研究**

 副論文

 　　**脊髄硬膜外肉芽腫の１治療例**

 **小児に発生したpancoast腫瘍の１例**

**足関節固定術の経過的観察**

　　　 　　上記のとおり相違ないことを証明する。

 　　　　**令和○**年**○**月**○**日

 大学名  **○○大学医学部教授**

 氏　名　　　　**土佐　太郎**

（別紙４）

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名

氏名

１　専門研修

1. 研修期間

　　　　　自　　　年　　月　　日

　　　　　至　　　年　　月　　日

　（２）医療機関及び指導医

２　臨床実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期間 | 患者数 | 回数 | 医療機関名等 |
| 　　年　月～　　年　月 | 人 | 回 |  |
| 年　月～　　年　月 |  |  |  |
| 年　月～　　年　月 |  |  |  |
| 年　月～　　年　月 |  |  |  |
| 年　月～　　年　月 |  |  |  |

３　透析療法従事職員研修受講の有無

　（１）有（　　　年度研修）

　（２）無

上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

医療機関名

氏　　　名

（別紙５）

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 主たる担当医師名 |  |
| 医療機関名 | 期　　　　間 | 症　　例　　数 | 備　考 |
| 病院病院病院 | 年月日　　年月日～～～ | 中心静脈栄養法（　　　　　）（　　　　　）（　　　　　） |  |
| 病院病院病院 | 年月日　　年月日～～～ | 経腸栄養法 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

（記載要領）

１　「医療機関名」欄は，正式名称を記載すること。

２　「主たる担当医師名」欄には，小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。

３　症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から遡って記載し，調査票の記入欄を満たす範囲で症例数を計上すれば足りること。

　　ただし，既定の症例数（中心静脈栄養法20例以上、経腸栄養法10例以上）について，患者性別，年齢，期間等の一覧を別途添付すること。

４　中心静脈栄養法の症例数のうち，在宅中心静脈栄養法については（　　）内に再掲すること。

　⑴　同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合，その都度，症例を数えて差し支えないこと。

　⑵　中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10日間以上のものを症例として計上すること。

　　　なお，カテーテル感染によりカテーテルを抜去し，同一日ないし翌日に再挿入した場合は１回とみなし，複数の症例として計上しないこと。

（別紙６）

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 主たる担当医師名 |  |
| 期　　間 | 症例数 | 実施医療機関名等 | 備　考 |
| 年　　月 ～　　年　　月 年　　月 ～　　年　　月 年　　月 ～　　年　　月  |  | 心臓移植後の抗免疫療法病院病院HP | （国　名） |
| 年　　月 ～　　年　　月 年　　月 ～　　年　　月  |  | 心臓移植術病院HP | （国　名） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

（記載要領）

１　「医療機関名」欄は，正式名称を記載すること。

２　「主たる担当医師名」欄には，心臓移植後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。

３　「期間」，「症例数」欄には，「主たる担当医師名」に記載した医師が，これまでに心臓移植後の抗免疫療法を実施した期間を直近から遡って記載すること。

　　また，移植関係学会合同委員会において，心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合，記載しても差し支えない。

４ 「実施医療機関名等」欄には，これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。

なお，実施した医療機関については国内に限定するものではないが，国外の医療機関を記載する際は，備考欄に国名についても記載すること。

５ 心臓移植術の経験がある場合は，心臓移植術についても記載すること。

（別紙７）

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連携する医療機関名 |  | 連携する医師名 |  |
| 期　　間 | 症例数 | 実施医療機関名等 | 備　考 |
| 年　　月 ～　　年　　月 年　　月 ～　　年　　月  |  | 心臓移植後の抗免疫療法病院HP | （国　名） |
| 年　　月 ～　　年　　月 年　　月 ～　　年　　月  |  | 心臓移植術病院HP | （国　名） |
| 連携する医師の経歴書 | 生年月日 |  | 学位 |  |
| 年　月　日 | 任 免 事 項 | 師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名 |
|  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

（記載要領）

１ 「医療機関名」は，正式名称を記載すること。

２ 「連携する医師名」欄には，心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。

３ 「期間」，「症例数」，「実施医療機関名等」欄には，「連携する医師名」に記載した医師が，これまでに心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお，実施した医療機関については国内に限定するものではないが，国外の医療機関を記載する際は，備考欄に国名についても記載すること。

（別紙８）

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（主たる医師）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 主たる担当医師名 |  |
| 期　　　間 | 症例数 | 実施医療機関名等 | 備　考 |
| 　　年　　月　～　　年　　月　　年　　月　～　　年　　月　　年　　月　～　　年　　月 |  | 肝臓移植後の抗免疫療法　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　HP | （国　名） |
| 　　年　　月　～　　年　　月　　年　　月　～　　年　　月 |  | 肝臓移植術　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　HP | （国　名） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

（記載要領）

１　医療機関名は，正式名称を記載すること。

２　「主たる担当医師名」欄には，肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。

３　「期間」，「症例数」欄には，「主たる担当医師名」に記載した医師が，これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。

　　また，移植関係学会合同委員会において，肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は，記載しても差し支えない。

４　「実施医療機関名等」欄には，これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。

　　なお，実施した医療機関については国内に限定するものではないが，国外の医療機関を記載する際は，備考欄に国名についても記載すること。

５　肝臓移植術の経験がある場合は，肝臓移植術についても記載すること。

（別紙９）

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連携する医療機関 |  | 連携する医師名 |  |
| 期　　間 | 症例数 | 実績医療機関名等 | 備　考 |
| 　　年　　月　～　　年　　月　　年　　月　～　　年　　月 |  | 肝臓移植術病院HP | （国　名） |
| 　　年　　月　～　　年　　月　　年　　月　～　　年　　月 |  | 肝臓移植術後の抗免疫療法病院HP | （国　名） |
| 関連する医師の経歴書 | 生年月日 |  | 学位 |  |
| 年月日 | 任免事項 | 師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名 |
|  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

（記載要領）

１　医療機関名は，正式名称を記載すること。

２　「連携する医師名」欄には，肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。

３　「期間」，「症例数」，「実施医療機関名等」欄には，「連携する医師名」に記載し

　た医師が，これまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

　　なお，実施した医療機関については国内に限定するものではないが，国外の医療機関を記載する際は，備考欄に国名についても記載すること。