

麻酔科認定病院〔更新〕認定申請書

申請日：(西暦) 年 月 日

認定番号：No.

公益社団法人日本麻酔科学会理事長殿

(所在地)〒

(TEL)

(FAX)

(病院名) ふりがな

(院長名)

公印

以下 5 点の認定基準に従い、医療法第六条の六第一項の規定による麻酔科認定病院として当病院の認定を申請します。また、記載内容に虚偽がないことを証明します。

〔認定基準〕下記の (1) から (5) の基準を全て満たすこと

- (1) 麻酔科を標榜しており、常勤の麻酔科専門医が麻酔部門の長であること
- (2) 常勤の麻酔科医が管理する全身麻酔症例が年間 200 例以上あること
- (3) 安全な麻酔を行うための施設、設備が整備されていること
- (4) 図書整備、学会出席等、麻酔科医の自己研鑽の機会が与えられていること
- (5) 専門医を育成するための十分な施設、設備が整備されていること

麻酔科代表者

氏名：

㊞

会員番号() 麻酔科専門医・指導医(○で囲む)

職名：麻酔科 (部・医・科) 長

上記職名 就任日： 年 月 日

麻酔科標榜医取得年月日(年 月 日) 登録番号()

麻酔科専門医取得年月日(年 月 日) 登録番号()

麻酔科指導医取得年月日(年 月 日) 登録番号()

週間勤務日数 日

担当者 (麻酔科代表者、施設の総務・庶務部門などの事務担当者など)

* 申請手続きの窓口。変更、取消などの諸手続き、事務局からの連絡受取窓口となる者を指す。

氏名：

メールアドレス：

病床数 床 (内科系： 床 外科系： 床) 手術室数 室

