

医政発 0129 第 8 号
平成 30 年 1 月 29 日

各 { 都道府県知事
保健所設置市長
特別区長 } 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

麻酔科標榜許可に係る申請書等の様式の改正について

麻酔科標榜許可に係る申請書につきましては、麻酔科標榜許可の審査に係る医療法施行規則の一部改正の留意事項について（平成 17 年 5 月 2 日医政発 0502004）に定める様式に基づき申請等を求めているところです。

今回、この様式を別紙のとおり改正しましたので、貴職におかれましては、管下の医療機関に周知をお願いいたします。

なお、別紙 3 につきましては、平成 30 年 10 月 1 日までの間、本通知による改正前の別紙 3 を用いた届出も差し支えないこといたします。

〔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。

[別紙第2]

麻酔施行経験証明書

当該医療機関における麻酔の実施に係る体制及び申請者の麻酔業務に係る経歴に関し、下記の記載に相違ないことを証明する。

年 月 日

病院
病院長 _____ 印

医療機関名 _____
所在地 _____

申請者の氏名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ)

修練した期間

(_____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日: _____ 年 _____ か月) (常勤・非常勤 (週 _____ 時間))

(_____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日: _____ 年 _____ か月) (常勤・非常勤 (週 _____ 時間))

(_____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日: _____ 年 _____ か月) (常勤・非常勤 (週 _____ 時間))

症 例 数*1 (_____ 症例)

申請者の指導を行った医師(麻酔指導医)の氏名 _____

麻酔指導医の略歴*2 _____ (認定番号)

申請者が修練した期間における医療機関の体制*3

麻酔部門について

部門の名称 _____

責任者の氏名(役職) _____ (_____)

常勤・非常勤の別 _____ 常 勤 ・ 非 常 勤 _____

麻酔部門の責任者の略歴*2 _____ (認定番号*4)

麻酔症例 年間 _____ 症例 (_____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

手術室 _____ 室

麻酔器 _____ 台

*1 申請者が担当した症例数を記載することが望ましい。

*2 麻酔指導医及び麻酔部門の責任者の略歴(別途添付)については、(公社)日本麻酔科学会による専門医の認定を受けている旨及び専門医番号を記載した場合は、省略して差し支えない。

*3 申請者が麻酔業務を行っていた期間にかかる医療機関の体制について記載すること。

*4 麻酔部門の責任者が、麻酔指導医と同一の場合は、省略して差し支えない。

厚生労働大臣 殿

[別紙第3]

麻酔施行経験証明書

申請者の麻酔施行経験について、下記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日

病院

病院長 _____ 印

医療機関名 _____

所在地 _____

申請者氏名 _____

(_____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ)

症例数 _____ 計 _____ 症例

番号	実施日	麻酔法	年齢	性別	病名	手術術式	術者
1							
2							
3							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
298							
299							
300							
・							
・							

注) 記載する症例は、気管への挿管による全身麻酔であって、申請者が麻酔の実施を主に担当した症例に限る。
注) 麻酔法については、吸入麻酔、静脈麻酔、硬膜外麻酔等の別を明記すること。
また、複数の麻酔法を用いた場合は、併用した麻酔法のすべてを明記すること。

厚生労働大臣 殿