**様式（新増）Ｂ-03**

|  |
| --- |
| 施設名 |

実施施設内容説明書

～登録医師構成について～

１）実施医師の構成　　　　　　　　　（20　　　年　　　月　　　日現在）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 診療科 | 勤務形態 | 医師登録番号 |
| 01 |  | **☐**形成外科　　**☐**美容外科 | **常勤** |  |
| 02 |  | **☐**形成外科　　**☐**美容外科 | **常勤** |  |
| 03 |  | **☐**形成外科　　**☐**美容外科 | **常勤** |  |
| 04 |  | **☐**形成外科　　**☐**美容外科 | **常勤** |  |
| 05 |  | **☐**形成外科　　**☐**美容外科 | **常勤** |  |
| 06 |  | **☐**形成外科　　**☐**美容外科 | **常勤** |  |
| 07 |  | **☐**形成外科　　**☐**美容外科 | **常勤** |  |
| 08 |  | **☐**形成外科　　**☐**美容外科 | **常勤** |  |
| 09 |  | **☐**形成外科　　**☐**美容外科 | **常勤** |  |
| 10 |  | **☐**形成外科　　**☐**美容外科 | **常勤** |  |

**※診療科及び勤務形態については該当項目の□にチェックをつけてください。**

**※記入欄が足りない場合はこの用紙をコピーして追加記入をお願いします。**

**※以下の欄は事務局にて使用のため記載不要※**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 日  　　　　年　　　月　　　日 | エキスパンダー/インプラント | | 形成外科 | 美容外科 |
|  |  | 名 | 名 |