

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定要領

（病院又は診療所）

第1 指定自立支援医療機関の義務

1. **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医療機関又は事業所であり、かつ病院及び診療所にあつては、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いること。
2. 患者及びその家族の要望に応じて、**各種医療・福祉制度の紹介及び説明、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。**
又、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、その診療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設備を有しており、適切な標榜科が示されていること。**
なお、特に必要とされる体制及び設備は次のとおりであること。

(1) 心臓脈管外科	心血管連続撮影装置及び心臓カテーテルの設備を有していること。
(2) 腎臓	血液浄化療法に関する機器及び専用のスペースを有していること。
(3) 腎移植	腎移植に必要な関連機器及び血液浄化装置（機器）を備えていること。
(4) 免疫	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。
(5) 心臓移植	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。
(6) 心臓移植術後の抗免疫療法	心臓移植術実施機関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。
(7) 肝臓移植	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「特掲診療科の施設基準等」（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。
(8) 肝臓移植術後の抗免疫療法	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。

3. 指定自立支援医療（育成医療・更生医療）を主として担当する医師又は歯科医師の要件

(1) 当該医療機関における**常勤**の医師又は歯科医師であること。

※ただし、歯科矯正に関する医療を主として担当する歯科医師にあつては、当該指定自立支援医療機関において、障害の治療に対する診療時間が十分に確保され、当該医師が不在の場合においても、当該指定自立支援医療機関の常勤歯科医師による応急的な治療体制が整備されている場合については、専任の歯科医師でも差し支えないものとする。

(2) それぞれの医療の種類の種類につき、適切な医療機関における研究又は診療従事年数が、**医籍又は歯科医籍登録後から通算して5年以上ある**こと。

※**適切な医療機関**とは、大学専門教室（大学院を含む）、医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項の規定に基づく臨床研修指定病院又はそれぞれの医療分野における関係学会の規約、規則等に基づく教育病院、教育関連病院等をさすものであること。

(3) **中枢神経、腎臓、腎移植、小腸、歯科矯正、心臓移植、心臓移植術後の抗免疫療法、肝臓移植及び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又は歯科医師**にあつては、(1)及び(2)のほか、次の事項。

ア	中枢神経に関する医療	これまでの研究又は診療経験及び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。
イ	腎臓に関する医療	血液浄化療法に関する臨床実績が 1年以上である こと。
ウ	腎移植に関する医療	腎移植に関する臨床実績が 3例以上ある こと。
エ	小腸に関する医療	中心静脈栄養法については 20例以上 、経腸栄養法については 10例以上 の臨床経験を有していること。
オ	歯科矯正に関する医療	これまでの研究内容又は口蓋裂の歯科矯正の臨床内容に関連が認められ、かつ、 5例以上の経験を有している こと。
カ	心臓移植に関する医療	心臓移植関連学会協議会又は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。
キ	心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療	心臓移植術後の抗免疫療法の臨床実績を有する者又は心臓移植術経験者等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。
ク	肝臓移植に関する医療	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。
ケ	肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療	肝臓移植術後の抗免疫療法の臨床実績を有する者又は肝臓移植術経験者等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。

第2 指定自立支援医療機関の申請及び指定内容変更手続き

1. 必要な書類一覧（腎臓、腎移植、小腸、歯科矯正）

	様式 第1-1号 申請書	別紙1 経歴書	別紙2 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2-2 歯科医師の診療体制等（※第1・3(1)ただし書の場合）	別紙3 人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書	別紙4 腎移植症例証明書	別紙5 中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書+別紙	別紙6 歯科矯正症例証明書	様式 第2-1号 指定内容変更届出書	誓約書
新規申請	○	○	○							○
腎臓	○	○	○		○					○
腎移植	○	○	○			○				○
小腸	○	○	○				○			○
歯科矯正	○	○	○	○				○		○
指定内容の変更										
医療機関の名称									○	○
医療機関の所在地			○						○	○
開設者名称									○	○
開設者住所									○	○
医療機関番号			所在地が変更の場合は必要						○	○
標榜している診療科目									○	○
医療の種類	○	○	○							○
腎臓	○	○	○		○					○
腎移植	○	○	○			○				○
小腸	○	○	○				○			○
歯科矯正	○	○	○	○				○		○
主として担当する医師等		○							○	○
腎臓		○			○				○	○
腎移植		○				○			○	○
小腸		○					○		○	○
歯科矯正		○		○				○	○	○
必要な設備の概要			○						○	○

(心臓移植、心臓移植術後の抗免疫療法)

	様式 第1-1号 申請書	別紙1 経歴書	別紙2 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7 心臓移植後の 抗免疫療法に 関する臨床実 績証明書(主 たる石)	別紙8 心臓移植後の 抗免疫療法に 関する臨床実 績証明書 (連携機関の 医師)	様式 第2-1号 指定内容変更 届出書	誓約書
新規申請							
心臓移植	○	○	○				○
心臓移植術後の 抗免疫療法	○	○	○	○	○		○
指定内容の変更							
医療機関の名称						○	○
医療機関の所在地			○			○	○
開設者名称						○	○
開設者住所						○	○
医療機関番号			所在地が変更 の場合は必要			○	○
標榜している診療科目						○	○
医療の種類							
心臓移植	○	○	○				○
心臓移植術後の 抗免疫療法	○	○	○	○	○		○
主として担当する医師							
心臓移植		○				○	○
心臓移植術後の 抗免疫療法		○			○	○	○

(肝臓移植、肝臓移植術後の抗免疫療法)

	様式 第1-1号 申請書	別紙1 経歴書	別紙2 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9 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)	別紙10 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)	様式 第2-1号 指定内容変更届出書	誓約書
新規申請							
肝臓移植	○	○	○				○
肝臓移植術後の抗免疫療法	○	○	○	○	○		○
指定内容の変更							
医療機関の名称						○	○
医療機関の所在地			○			○	○
開設者名称						○	○
開設者住所						○	○
医療機関番号			所在地が変更の場合は必要			○	○
標榜している診療科目						○	○
医療の種類							
肝臓移植	○	○	○				○
肝臓移植術後の抗免疫療法	○	○	○	○	○		○
主として担当する医師							
肝臓移植		○				○	○
肝臓移植術後の抗免疫療法		○		○	○	○	○

2. 「新規申請」の場合

指定申請書（様式第1-1号）

自立支援医療機関の指定を受けようとする医療機関等の開設者は、**申請書及び関係書類を添えて**申請してください。

- ・ 保険医療機関及び開設者等の名称は、必ず正式名称を記入してください。
- ・ 保険医療機関の所在地及び開設者の住所は、「〇〇ビル〇階」まで記入してください。

※ 「担当しようとする医療の種類」は下記のうち希望するものを記載してください。

- | | |
|-----------------|-----------------|
| (1) 眼科に関する医療 | (9) 腎臓に関する医療 |
| (2) 耳鼻咽喉科に関する医療 | (10) 腎移植に関する医療 |
| (3) 口腔に関する医療 | (11) 小腸に関する医療 |
| (4) 整形外科に関する医療 | (12) 歯科矯正に関する医療 |
| (5) 形成外科に関する医療 | (13) 免疫に関する医療 |
| (6) 中枢神経に関する医療 | (14) 心臓移植に関する医療 |
| (7) 脳神経外科に関する医療 | (15) 肝臓移植に関する医療 |
| (8) 心臓外科に関する医療 | |

- ・ 自立支援医療を行うための入院設備の定員は、医療の種類毎に記載してください。

※その他添付書類

- (1) 心臓移植に関する医療の場合、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旨が確認できるもの。
- (2) 肝臓移植に関する医療の場合、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旨が確認できるもの又は「特掲診療科の施設基準等」（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旨が確認できるもの。

審査期間

申請書の締め切りは毎月末とします。申請書を受理後、内容を審査の上、適否を決定し、その旨を通知します。原則、指定日は申請月の翌々月の1日となります。

3. 「指定内容の変更」の場合

指定内容変更届出書（様式第2-1号）

指定内容に変更があったときは、速やかに**指定内容変更届出書及び関係書類を添えて**届け出てください。※必ず変更年月日を記載してください。

なお、主として担当する医師、歯科医師の変更にあつては、指定内容変更届出書の受理後、内容を確認の上、適否を決定し、その旨を受理日の翌々月の月初までに通知します。

4. 「指定の辞退」をする場合

指定辞退の申出書（様式第3号）

指定を辞退しようとするときは、1月以上の予告期間を設けて、指定辞退の申出書を届け出てください。

5. 「業務の休止、廃止または再開」をする場合

休止・廃止・再開届出書（様式第4号）

医療機関の業務を休止し、廃止し、または再開したときは、速やかに、休止・廃止・再開届出書を届け出てください。

6. 「大阪府の指定自立支援医療機関」の取り扱いについて

平成24年3月31日現在において、大阪府の指定している豊中市内の医療機関は、豊中市の指定医療機関とみなします。

7. 「指定内容の更新」の場合

指定更新申請書（様式第5号）

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60条第1項の規定に基づき、6年ごとに指定の更新の手続きをしてください。更新申請書、欠格条項に該当しないことを誓約する書面を提出してください。

※ 添付する書類は、できるだけA4サイズでお願いします。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書

（病院又は診療所）

保険医療機関	名称	(医療機関コード —)		
	所在地	〒 — TEL ()		
開設者	住所	〒 — TEL ()		
	氏名又は 名称	(役職名)		
		(生年月日) 年 月 日		
標榜している診療科目				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師 又は歯科医師の経歴		別紙1	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
自立支援医療を行うための入院設備の定員			人	
<p>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項の規定による医療機関（育成医療・更生医療）として指定されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>豊中市長様</p>				

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定内容変更届出書

（病院又は診療所）

		変 更 前	変 更 後
医 療 機 関	名 称	(医療機関コード -)	(医療機関コード -)
	所在地	〒 - TEL ()	〒 - TEL ()
開 設 者	住 所	〒 - TEL ()	〒 - TEL ()
	氏名又は 名 称	(役職名)	(役職名)
		(生年月日) 年 月 日	(生年月日) 年 月 日
標榜している診療科目			
主として担当する医師 又は歯科医師の氏名			
自立支援医療を行う為 の入院設備の定員		人	人
担当している医療の種類			
変更年月日		年 月 日	
<p>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64条の規定により指定内容の変更があったので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏 名</p> <p>豊 中 市 長 様</p>			

※太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定辞退の申出書

医療機関等	名 称	(医療機関コード -)
	所 在 地	〒 - Tel. ()
開 設 者	住 所	〒 - Tel. ()
	氏 名 又 は 名 称	
辞退する担当医療の種類		
辞 退 す る 年 月 日		年 月 日 (申出日の翌日より 30 日以上の日)
辞 退 す る 理 由		
<p>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施行令第40条及び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施行規則第64条の規定により指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定辞退を申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開 設 者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>豊 中 市 長 様</p>		

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書

(病院又は診療所)

保険医療機関	名称	(医療機関コード -)	
	所在地	〒 -	Tel. ()
開設者	住所	〒 -	Tel. ()
	氏名又は 名称		
		役職名	
		生年月日 年 月 日	
標榜している診療科目			
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			
自立支援医療を行うために必要な 体制及び設備の変更の有無		有 ・ 無	
自立支援医療を行うための入院設備の定員		人	
<p>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60条第1項の規定による医療機関（育成医療・更生医療）として指定を更新されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>豊中市長様</p>			

※開設者の欄に新たに「役職名」及び「生年月日」が追加されましたので記載してください。

経 歴 書

医療の種類が歯科矯正の場合、次のどちらかに○を付けてください。
・常勤
・専任 (第1・3(1)ただし書)

ふりがな氏名		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
現住所						
最終学歴	(年 月卒業)					
医師(歯科医師)免許登録関係	年 月 日 登録	医籍(歯科医籍)登録番号(号)
関係学会加入状況(学会名・認定医等)						
1. 職歴 及び 任免事項	2. 学位について					
年 月 日	大学卒業後～現在に至る職歴(所属・職名など)					
	・学位の有無 (有 無)					
	・学位の種類及び取得年 (年)					
	・学位授与大学名					
	3. 学術研究業績について					
	①論文発表について					
	・論文名					
	・掲載雑誌名					
	・掲載年及び巻数					
	・掲載頁 頁～ 頁					
	②口頭発表について					
	・発表学会名					
	・研究題名					
	・発表年 年					

※ 医師(歯科医師)免許証(写)を添付してください。(A4サイズ)

(別紙1) 「経歴書」の記載要領

○ 医師（歯科医師）免許登録関係

- ・医師（歯科医師）免許取得時（年月日、医籍（歯科医籍）登録番号）を記載してください。

○ 関係学会加入状況

- ・加入している学会名及び資格等を記載してください。
ただし、「担当する医療」に関係するものに限りです。
※ 会員証、認定医証などの（写）を添付してください。

○ 1. 職歴及び任免事項

- 大学卒業後より現在に至るまでを詳細に記載してください。
- ・勤務先又は研究等のために所属した医療機関については、
 - ①正式名称で記載してください。
 - ②関係した専門の診療科目名又は専門教室名（専門コース）名まで必ず記載してください。
例) ○○医科大学付属病院 眼科
××大学医学部 眼科学教室
- ・勤務先又は研究等のために所属した医療機関における身分を明確に記載してください。
例) 医長、医員、講師、助手等
- ・非常勤職員については、1ヶ月又は1週間当りの勤務日数及び延べ時間数を記載してください。
- ・2以上の医療機関に兼務する等の場合は、それぞれの医療機関における勤務条件等を具体的に記載してください。
例) ○○医科大学付属病院 整形外科 非常勤職員 週4日（延○時間）
- ・大学院については、専門コースを明確に記載してください。
例) ○○医科大学大学院 医学研究科 整形外科学教室
- 賞罰があれば記載してください。

○ 2. 学位について

- ・専門科目に関する学位の有無を記載してください。
- ・学位の種類及び取得した年並びに学位授与大学名を記載してください。

○ 3. 学術研究業績について

①論文発表について

- ・「担当する医療」に関連するものがあれば、その主なものについて、論文名、掲載雑誌名、掲載年及び巻数、掲載頁を記載してください。
なお、単行本を発刊している場合は、論文名を題名（誌名）に、掲載雑誌名を出版社名に、掲載年を発刊年に、それぞれ読み替えて記載してください。

②口頭発表について

- ・「担当する医療」に関連するもので、学会において発表したものがあれば、学会名、研究題名、発表年を記載してください。
なお、複数ある場合は、別紙添付も可能です。

※ 医師（歯科医師）免許証（写）を添付してください。（A4サイズ）

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品目	数量	品目	数量
設備 (主要なもの)				
体制				

※自立支援医療を行うために必要な設備及び体制には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載してください。

また、設備の設置場所がわかるように見取図を添付してください。

歯科医師の診療体制等

当該医療機関における診療時間

曜日	午前		午後	
	:	から	:	まで
月				
火				
水				
木				
金				
土				
日				
その他				

主として担当する専任歯科医師による診療（障害治療）時間

主として担当する 専任歯科医師名					
曜日	午前		午後		
	:	から	:	まで	
月					
火					
水					
木					
金					
土					
日					
その他					

主として担当する専任歯科医師が不在の場合の応急治療体制

応急治療する 常勤歯科医師名	(生年月日 年 月 日生)
(応急治療体制について詳しく記載してください)	

※ 応急治療する常勤歯科医師の歯科医師免許証（写）を添付してください。（A4サイズ）

(別 紙3)

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	人	回	
年 月～ 年 月	人	回	
年 月～ 年 月	人	回	
年 月～ 年 月	人	回	

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

腎移植症例証明書

医療機関名
氏名

1. 腎移植症例数等

(1) 腎移植臨床従事期間

自 年 月
至 年 月 (計 年 か月)

(2) 腎移植症例数 件

2. 腎移植症例 (直近3例以上)

	実施した 年 月 日	実施した 医療機関	レシピエントの 性別・年齢	ドナー		治療経過
				性別・年齢	続柄	
症例①	年 月 日					
症例②	年 月 日					
症例③	年 月 日					
症例④	年 月 日					
症例⑤	年 月 日					

※ 記入上の注意

1. 症例については主として執刀した臨床実績を記入してください。
2. ドナーの続柄が親族以外である場合は、「献腎」と記入してください。
3. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

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

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		
	年月日 年月日	中心静脈栄養法			
病院	～	()			
病院	～	()			
病院	～	()			
病院	～	()			
病院	～	()			
	年月日 年月日	経腸栄養法			
病院	～	()			
病院	～	()			
病院	～	()			
病院	～	()			
病院	～	()			

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

中心静脈栄養法症例

	患者性別	年齢	原疾患名	期間	方式	
					集団	単独
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

(別紙)

経腸栄養法症例

	患者性別	年齢	原疾患名	期間	方式	
					集団	単独
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

中心静脈栄養法の症例に関する証明書の記載要領

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
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してください。
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内で症例数を計上すれば足りることとします。
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してください。
※ 中心静脈栄養法を施行した期間については、例えば昭和 61 年 10 月 1 日から同年 11 月 1 日まで行った場合、61.10.1～61.11.1 のように記載してください。
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（ ）内に再掲してください。
 - (1) 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度症例と数えて差し支えないこととします。
 - (2) 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してください。
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でください。
 - (3) 集団管理方式とは、2 人以上のグループの医師団により患者管理をする方式をいい、1 人の主治医が 1 人の患者を継続して管理する方式を単独管理方式といいます。

歯科矯正症例証明書

医療機関名
氏名

1. 口蓋裂の歯科矯正症例数等

(1) 歯科矯正臨床従事期間

自 年 月
至 年 月 (計 年 か月)

(2) 歯科矯正症例数 件

2. 口蓋裂の歯科矯正症例 (直近5例以上)

	口蓋裂の歯科矯正臨床内容					
	実施した医療機関	実施の年	初診時年齢	診断名	治療方針	治療経過
症例①		年				
症例②		年				
症例③		年				
症例④		年				
症例⑤		年				

※ 記入上の注意

1. 症例については主として治療した臨床実績を記入してください。
2. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

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7)

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	
-------	--	--------------	--

●心臓移植後の抗免疫療法

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

●心臓移植術

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

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

心臓移植術後の抗免疫療法に関する証明書の記載要領

(主たる医師)

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
2. 「主たる担当医師名」欄には、心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してください。
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してください。
なお、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も、記載して差し支えありません。
4. 「実施医療機関名」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を記載してください。
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ありませんが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に「国名」を記載してください。
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してください。
6. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

(別紙8)

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	
---------------	--	-------------	--

●心臓移植術

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

●心臓移植術後の抗免疫療法

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

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

心臓移植術後の抗免疫療法に関する証明書の記載要領

(連携機関の医師)

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
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してください。
3. 「期間」、「症例数」「実施医療機関名」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してください。
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ありませんが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に「国名」を記載してください。
4. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

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	
-------	--	--------------	--

●肝臓移植後の抗免疫療法

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

●肝臓移植術

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

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

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する証明書の記載要領

(主たる医師)

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
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してください。
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してください。
なお、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又は「特掲診療料の施設基準等」（平成2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肝臓移植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も、記載して差し支えありません。
4. 「実施医療機関名」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を記載してください。
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ありませんが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に「国名」を記載してください。
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してください。
6. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

(別紙10)

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 医療機関名		連携する 医師名	
---------------	--	-------------	--

●肝臓移植術

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

●肝臓移植術後の抗免疫療法

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

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

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する証明書の記載要領

(連携機関の医師)

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
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してください。
3. 「期間」、「症例数」「実施医療機関名」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してください。
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ありませんが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に「国名」を記載してください。
4. 実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。