

日本短期滞在外科手術研究会 認定施設申請書			
フリガナ			
医療機関名称			
所在地	〒		
電話番号			FAX番号
申請者E-mail			
開設者氏名			
管理者氏名			
診療科目			
許可病床数			
緊急時連絡先	氏名	電話番号	
短期滞在外科手術の開始時期			
		年	月
過去2年間の短期滞在外科手術件数			
		件	年 月 ～ 年 月
主な実施術式（上位3つ程度）			
1.			
2.			
3.			
術後合併症発生状況（過去1年間） 例 （状況： ）			
術後再入院件数、感染症発生件数、麻酔合併症件数など（Clavien-Dindo分類のグレードの3以上で記載）			
緊急時高次医療機関との連携状況 連携病院名：			
誓約事項			
当医療機関は、日本短期滞在外科手術研究会が定める「認定施設規約」を遵守し、短期滞在外科手術の安全と質の向上に貢献することを誓約いたします。			
また、提出書類の記載事項はすべて事実と相違ないことを誓約いたします。			
上記内容を確認の上、申請いたします。			
		申請日	年 月 日
医療機関名称			
申請者役職・氏名			