|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 別紙４ | | | | | | | |
| 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します。 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | 医療機関名 | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | | 氏名 | |  | |