|  |
| --- |
| 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 |  |