（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

医師氏名

１　専門研修

　⑴　研修期間

　　　自　　　　　年　　月　　日

　　　至　　　　　年　　月　　日　　　　計　　　月間（１週　　日　　　時間）

　⑵　医療機関名及び指導医

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 |  |  |  |
| 　　年　月　～　　年　月 |  |  |  |
| 　　年　月　～　　年　月 |  |  |  |
| 　　年　月　～　　年　月 |  |  |  |

３　透析療法従事職員研修受講の有無

　⑴　　有　　（　　　　年度研修）

　⑵　　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