様式１１

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 腎移植に関する臨床実績証明書 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名臨床実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期間年月日～年月日 | 症例数 | 医療機関名等 |
|  |  |  |

　　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　　　　　　　　　　　　　 |