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 |