様式６

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  　(1)　有　（　　　　　年度研修）  　(2)　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 | | | | | |