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　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |