

(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

氏 名

印

### 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

印