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

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

　　大学名

氏名