

心臓移植後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書 (主たる医師)

医療機関名		主たる担当 医師名	
-------	--	--------------	--

●心臓移植後の抗免疫療法

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

●心臓移植術

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

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

心臓移植術後の抗免疫療法に関する証明書の記載要領

(主たる医師)

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
2. 「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載してください。
3. 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載してください。
また、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載して差し支えありません。
4. 「実施医療機関名」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名を記載してください。
なお、実施した医療機関については、国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に「国名」を記載してください。
5. 心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載してください。

(別紙9)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書

(連携機関の医師)

連携する 医療機関名		連携する 医師名	
---------------	--	-------------	--

●心臓移植術

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

●心臓移植術後の抗免疫療法

期 間	症 例 数	実 施 医 療 機 関 名	備 考 (国名)
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

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

心臓移植術後の抗免疫療法に関する証明書の記載要領

(連携機関の医師)

1. 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
2. 「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載してください。
3. 「期間」、「症例数」「実施医療機関名」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載してください。
なお、実施した医療機関については、国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に「国名」を記載してください。