（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 | 人 | 回 |  |
| 　　年　　月～　　　　年　　月 | 人 | 回 |  |
| 　　年　　月～　　　　年　　月 | 人 | 回 |  |
| 　　年　　月～　　　　年　　月 | 人 | 回 |  |

**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