

(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