

要領第 6 号様式

令和 〇 年 〇 月 〇 日

「指導医本人」又は「指導医から指導を受けた際の医療機関の代表者」の証明を受けること

医療機関名

医療法人社団〇〇会 八王子病院

氏名

理事長 八王子 太郎

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

次の者の人工透析に関する専門研修・臨床実績について、下記のとおり相違ないことを証明します。

医師名 〇〇 〇〇

生年月日 昭和 xx 年 xx 月 xx 日

現住所 八王子市元本郷町〇 - 〇 - 〇

腎臓に関する医療について主として担当する医師（常勤）を記載する

記

1 専門研修

(1) 研修期間

自 平成 xx 年 xx 月 xx 日

至 平成 xx 年 xx 月 xx 日

(2) 医療機関及び指導医

医療法人社団〇〇会 八王子病院 指導医 〇〇 〇〇

2 臨床実績

期間				患者数	回数	医療機関等
年	月	年	月	人	回	
年	月	年	月			
年	月	年	月			指導医の元で臨床を行った実績を記載する
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