

令和 〇 年 〇 月 〇 日

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

主として担当する医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書

次の者の肝臓移植術後の抗免疫療法等に関する臨床実績について、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

肝臓移植術後の抗免疫療法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 肝臓移植術後の抗免疫療法の臨床実績

期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

2 肝臓移植術の臨床実績

期 間	症例数		
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			

上記医師がこれまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時からさかのぼって記載する。

なお、実施した医療機関については、国内に限定しないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載する。