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

　　　　　　　年　　月　　日から

　　　　　　　年　　月　　日まで

　　(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 | 　 | 　 | 　 |
| 年　月～　年　月 | 　 | 　 | 　 |
| 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

　　上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　年　　月　　日

　　　医療機関名

　　　氏名