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

　　・研修期間　　自　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　至　　　　　　年　　月　　日

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

　　・有（　　　　年度研修）

　　・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