（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

1. 医療機関及び指導医

２　臨床実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 期　　　間 | 患者数　（人） | 回　数　（回） | 医療機関名等 |
| 　　年　　月～　　年　　月 |  |  |  |
| 　　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する。

　　　　　　 　　　　　　　　　年　　 月　 　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名