

(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

#### (2) 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