**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 　　　　　　 印

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 |  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する。

 　　　　　　年　　月　　日

 医療機関名

 氏　　　名 　　　　　　　印