経 歴 書

学 位		^{ふりが} 名		生年月日	年	月	日
現 住 所							
関係学会 加入状況							
年月日	任 免 事	項	師事した指導者の氏名 した論文名	3、学位論文	名又は学	会に抗	提出

41号様式別紙3及び医師免許証(写し)を添付すること(全ての医療)。

担当しようとする医療の種類により、次の書類を併せて添付すること。

- ・じん臓…第41号様式別紙4
- ・小 腸…第41号様式別紙5
- ・心臓移植…第41号様式別紙6及び7
- ・肝臓移植…第41号様式別紙8及び9

(第41号様式別紙2)

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

			このに必安は	· 11 · 153/2 C H2	110 1702	
	品	目	数量	品	目	数量
設 備(主要なもの)						
体制						

(第41号様式別紙3)

研究内容に関する証明書

医療機関名

				<u>氏</u>	名			
1	研究テーマ							
2 (研究の内容別 1)教室における 自 至	る臨床実 年	習	日日	月間(週	B	時間)	
	±	+	A	цJ	万间(週	Н	H寸(티)	
(2)教授指導下で 自 至	年		日〕		日	時間)	
3	その他の研究主論文	の内容を	明らか	にするために	必要な事項			
	副論文							
				上記のと	おり相違ないこ	とを証明	する。	
					年	■ 月	日	
				<u>大</u>	学名			
					:名			<u>ED</u>
				<u> </u>	, н			니

(第41号様式別紙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

1	専門研修 (1)研修身 自 至 (2)医療材	期間	年 年 : 導医	月月	日日							
2	臨床実績			ı								
		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 (1)有 ((2)無	法従事職員	研修受講年度研		乗 上記のとお <u>医療機</u>	年	ことを		-	,		
					氏 名							ED

(第41号様式別紙5)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名				主たる担当 医 師 名	
医療機関名		期間		症例数	備考
病	語 年	月~	年 月	中心静脈栄養法	
病	語 年	月~	年 月	()	
病	訴 年	月~	年 月	()	
病	訴 年	月~	年 月	()	
病	訴 年	月~	年 月	()	
病	院 年	月~	年 月	()	
病	訴院 年	月~	年 月	経腸栄養法	
病	詩院 年	月~	年 月	()	
病	訴 年	月~	年 月	()	
病	語 年	月~	年 月	()	
病	詩院 年	月~	年 月	()	
病	語 年	月~	年 月	()	

上記のとおり相違ないことを証明する。

医療機関名

年 月 日

氏 名 印

(第41号様式別紙6)

心臓移植後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)

医療機関名	1				主たる担当 医師名	
其	月 間			症例数	実施医療機関名等	備考
					心臓移植後の抗免疫療法	
年	月 ~	年	月		病院	
年	月 ~	年	月		病院	
年	月 ~	年	月		病院	
年	月 ~	年	月		病院	
年	月 ~	年	月		НР	(国 名)
					心臓移植術	
年	月 ~	年	月		病院	
年	月 ~	年	月		病院	
年	月 ~	年	月		病院	
年	月 ~	年	月		病院	
年	月 ~	年	月		НР	(国 名)

上記のとおり相違ないことを証明する。

医療機関名	
氏 名	EI

年 月 日

(第41号様式別紙7)

心臓移植後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(連携機関の医師)

所 属 す る 医療機関名				連携する 医師名		
期	間		症例数	実施医療機	関名等	備考
				心臓移植術		
年月]~ 年	月			病院	
年月]~ 年	月			病院	
年月]~ 年	月			病院	
年 月]~ 年	月			病院	
年 月]~ 年	月			HP	(国 名)
				心臓移植後の抗気	免疫療法	
年 月]~ 年	月			病院	
年 月]~ 年	月			病院	
年 月]~ 年	月			病院	
年 月]~ 年	月			病院	
年 月]~ 年	月			HP	(国 名)
連携する医師	の経歴書	生	年月日	年 月 日	学位	
年月日	任 免	事功	頁 舒	事した指導者名、	学位論文名又	は学会論文名

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	
по	rr
氏 名	디.

(第41号様式別紙8)

肝臓移植後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)

医療機関	月名					主 <i>t</i> 医	こる担 師	当 名					
	期	間症例数				実施医療機関名等						備	考
						肝臓移	肝臓移植後の抗免疫療法						
年	月~	~	年	月						病院			
年	月	~	年	月						病院			
年	月~	~	年	月						HP	(国	名)	
						肝臓移	植術						
年	月~	~	年	月						病院			
年	月~	~	年	月						病院			
年	月 ·	~	年	月						HP	(国	名)	

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				E

(第41号様式別紙9)

肝臓移植後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(連携機関の医師)

所 属 す る 医療機関名					連 : 医	携す師	る 名				
斯	間		症例	数	実施医療機関名等					備	考
					肝臓	移植物	ħ				
年月] ~ 年	月							病院		
年 月	年 年	月							病院		
年月] ~ 年	月							HP	囲	名)
					肝臓	移植復	後の抗	免疫療法	去		
年月	月~ 年	月							病院		
年 月	年 年	月							病院		
年月] ~ 年	月							HP	囲	名)
連携する図	師の経歴書	生年	月日		年	月	田	学位			
年月日	任免	耳		師事	した指	導者:	名、学	位論文	名又は学会	論文	名

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

<u>医療機関名</u>		
氏 名		El