

(第41号様式別紙1)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 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、学位論文名又は学会に提出した論文名			

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 4 1 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

	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 _____

氏 名 _____

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1)教室における臨床実習

自 年 月 日 }
至 年 月 日 } 月間(週 日 時間)

(2)教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日 }
至 年 月 日 } 月間(週 日 時間)

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名 _____

氏 名 _____

印

(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 _____

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	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

(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

(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
病院	年 月 ~ 年 月	中心静脈栄養法	
病院	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	()	
病院	年 月 ~ 年 月	経腸栄養法	
病院	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	()	

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

(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		主たる担当 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月 ~ 年 月		心臓移植後の抗免疫療法 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)
年 月 ~ 年 月		心臓移植術 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)

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

(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
年 月 ~ 年 月		心臓移植術 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)
年 月 ~ 年 月		心臓移植後の抗免疫療法 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 項	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

医療機関名 _____

氏 名 _____ 印

(第 4 1 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)

医療機関名		主たる担当 医 師 名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月 ~ 年 月		肝臓移植後の抗免疫療法 病院	
年 月 ~ 年 月		病院	
年 月 ~ 年 月		HP	(国 名)
年 月 ~ 年 月		肝臓移植術 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 _____ 印

(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		連携する 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月 ~ 年 月		肝臓移植術 病院	
年 月 ~ 年 月		病院	
年 月 ~ 年 月		HP	(国 名)
年 月 ~ 年 月		肝臓移植後の抗免疫療法 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 項	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

医療機関名 _____

氏 名 _____ 印