様式１７

心臓移植術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 年　月～　　年　月 年　月～　　年　月		心臓移植後の抗免疫療法 病院 病院 ＨＰ	(国　名)
年　月～　　年 月 年　月～　　年　月		心臓移植術 病院 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

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

（記載要領）

1　医療機関名は、正式名称を記載すること。

2　「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。

3　「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。

　また、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。

4　「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。

　なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

5　心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載すること。