

様式6

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日

至 年 月 日 月間(1週 日 時間)

(2) 研修医療機関および研修指導医

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

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。