別紙10

腎移植症例証明書

医療機関名

氏名

**１. 腎移植症例数等**

(1) 腎移植臨床従事期間

自　　　　　　　　年　　　　月

至　　　　　　　　年　　　　月　　　　（計　　　　年　　　　か月）

(2) 腎移植症例数　　　　　　　　件

**２. 腎移植症例**（直近３例以上）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 実施した  年月日 | 実施した  医療機関 | レシピエントの  性別・年齢 | ドナー | | 治療経過 |
| 性別・年齢 | 続柄 |
| 症例① | 年　月　日 |  |  |  | |  |
| 症例② | 年　月　日 |  |  |  | |  |
| 症例③ | 年　月　日 |  |  |  | |  |
| 症例④ | 年　月　日 |  |  |  | |  |
| 症例⑤ | 年　月　日 |  |  |  | |  |

　※　記入上の注意

　　１．症例については主として執刀した臨床実績を記入してください。

　　２．ドナーの続柄が親族以外である場合は、「献腎」と記入してください。

　　３．実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

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