

# 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 日  
至 年 月 日 (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ipient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