（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

⑴　研修期間

自　　　　　年　　月　　日

至　　　　　年　　月　　日

⑵　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 |  |  |  |
| 年　月　～　　年　月 |  |  |  |
| 年　月　～　　年　月 |  |  |  |
| 年　月　～　　年　月 |  |  |  |

3　透析療法従事職員研修受講の有無

⑴　有（　　　　　年度研修）

⑵　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

（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 |
|  | 年月日　　　　　年月日　　　　　　～　　　　　　～　　　　　　～ | 中心静脈栄養法（　　　　　）（　　　　　）（　　　　　） |  |
|  | 年月日　　　　　年月日～～～ | 経腸栄養法 |  |

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

備考

1　「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。

2　「主たる担当医師名」欄には、小腸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」欄及び「症例数」欄には、直近時から遡って、記入欄の範囲内で記載すること。また、直近時から遡って、中心静脈栄養法20例及び経腸栄養法10例について記載した（別紙5の2）の中心静脈栄養法・経腸栄養法臨床実績一覧を添付すること。

4　中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については（　　）内に再掲すること。

⑴　同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えないこと。

⑵　中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10日間以上のものを症例として計上すること。

なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日又は翌日に再挿入した場合は1回とみなし、複数の症例として計上しないこと。

（別紙5の2）

中心静脈栄養法・経腸栄養法臨床実績一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 中心静脈栄養法 | 経腸栄養法 |
| 番号 | 臨床実施医療機関名 | 患　者 | 期　　間 | 番号 | 臨床実施医療機関名 | 患　者 | 期　　間 |
| 性別 | 年齢 | 性別 | 年齢 |
| 1 |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  | 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  | 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  | 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  | 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  | 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |

　備考　直近時から遡って、中心静脈栄養法20例及び経腸栄養法10例について記載すること。

（別紙6）

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 |
| 年月日　　　年月日～～～ |  | 心臓移植術後の抗免疫療法病院病院ＨＰ | （国　名） |
| 年月日　　　年月日～～～ |  | 心臓移植術病院病院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

備考

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」欄及び「症例数」欄には、「主たる担当医師名」欄に記載した医師が、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さかのぼって記載すること。

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。

（別紙7）

心臓移植術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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連携する　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 |
| 年月日　　　年月日～～～ |  | 心臓移植術病院病院ＨＰ | （国　名） |
| 年月日　　　年月日～～～ |  | 心臓移植術後の抗免疫療法病院病院ＨＰ | （国　名） |
| 連携する医師の経歴書 | 生年月日 |  | 学位 |  |
| 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 |
|  |  |  |

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

備考

1　医療機関名は、正式名称を記載すること。

2　「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。

3　「期間」欄、「症例数」欄及び「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」欄に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時からさかのぼって記載すること。

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。

（別紙8）

肝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 |
| 年月日　　　年月日～～～ |  | 肝臓移植術後の抗免疫療法病院病院ＨＰ | （国　名） |
| 年月日　　　年月日～～～ |  | 肝臓移植術病院病院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

備考

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、肝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」欄及び「症例数」欄には、「主たる担当医師名」欄に記載した医師が、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時からさかのぼって記載すること。

また、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝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、これまでに肝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　肝臓移植術の経験がある場合は、肝臓移植術についても記載すること。

（別紙9）

肝臓移植術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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連携する医療機関名 |  | 連携する医 師 名 |  |
| 期　　間 | 症例数 | 実施医療機関名等 | 備　考 |
| 年月日　　　年月日～～～ |  | 肝臓移植術病院病院ＨＰ | （国　名） |
| 年月日　　　年月日～～～ |  | 肝臓移植術後の抗免疫療法病院病院ＨＰ | （国　名） |
| 連携する医師の経歴書 | 生年月日 |  | 学位 |  |
| 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 |
|  |  |  |

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

備考

1　医療機関名は、正式名称を記載すること。

2　「連携する医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。

3　「期間」欄、「症例数」欄及び「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」欄に記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時からさかのぼって記載すること。

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。

（別紙10）

口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績等証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定申請医療機関名 |  | 主たる担当歯科医師氏名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 臨床実施医療機関名 | 患　　者 | 期　　　間 | 備　考 |
| 性　別 | 年　齢 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

　備考　口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績について、直近時から遡って5例記載すること。

上記のとおり相違ありません。

　　　　　　年　　月　　日

医療機関名

氏　　　名