

別紙1

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	
現 住 所					
関係学会 加入状況					
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			

別紙2

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

	品 目	数 量	品 目	数 量
設 備 (主要なもの)				
体 制				

研究内容に関する証明書

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。

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 年 月 日  
至 年 月 日

月間 (1 週 日 時間)

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日  
至 年 月 日

月間 (1 週 日 時間)

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏 名 (※)

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

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 (※)

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日

至 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

期 間	患者数 人	回数 回	医療機関名等
年 月～ 年 月			
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

(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。

## 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

(※)

※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」の欄には、正式名称を記載してください。
- 2 「主たる担当医師名」の欄には、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してください。
- 3 症例数を記載する欄には個々の症例を直近時からさかのぼって記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足够了。ただし、既定の症例数（中心静脈栄養法20例以上、経腸栄養法10例以上）について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付してください。
- 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（ ）内に再掲してください。
  - (1) 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ありません。
  - (2) 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してください。なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、当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でください。

(A4)

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～ 年 月 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法  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)

- 「医療機関名」の欄には、正式名称を記載してください。
- 「主たる担当医師名」の欄には、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してください。
- 「期間」，「症例数」の欄には、「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してください。  
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ありません。
- 「実施医療機関名等」の欄には、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してください。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ありませんが、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してください。
- 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してください。 (A4)

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～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術  病院 HP	(国名 )
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		心臓移植術後の抗免疫療法  病院 HP	(国名 )
連携する医師の経歴書	生年月日	年 月 日	学位
年月日	任 免 事 項	師事した指導者名, 学位論文名又は学会論文名	

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

(※)

※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」の欄には、正式名称を記載してください。
- 2 「連携する医師名」の欄には、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してください。
- 3 「期間」, 「症例数」, 「実施医療機関名等」の欄には、「連携する医師名」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遡って記載すること。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ありませんが、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してください。

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～ 年 月			肝臓移植術後の抗免疫療法	
年 月～ 年 月			病院	
年 月～ 年 月			病院	
年 月～ 年 月			HP	(国名 )
年 月～ 年 月			肝臓移植術	
年 月～ 年 月			病院	
年 月～ 年 月			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)

- 「医療機関名」の欄には、正式名称を記載してください。
- 「主たる担当医師名」の欄には、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してください。
- 「期間」，「症例数」の欄には、「主たる担当医師名」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遡って記載してください。  
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ありません。
- 「実施医療機関名等」の欄には、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してください。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ありませんが、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してください。
- 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してください。 (A4)

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～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植術  病院 HP	(国名 )
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植術後の抗免疫療法  病院 HP	(国名 )
連携する医師の経歴書	生年月日	年 月 日	学位
年月日	任 免 事 項	師事した指導者名, 学位論文名又は学会論文名	

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

(※)

※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)

- 「医療機関名」の欄には、正式名称を記載してください。
- 「連携する医師名」の欄には、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してください。
- 「期間」, 「症例数」, 「実施医療機関名等」の欄には、「連携する医師名」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遡って記載すること。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ありませんが、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してください。

(A4)