（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 |  | 連携する医師名 |  |
| 期　　間 | 症例数 | 実施医療機関名等 | 備考（国名等） |
| 　年　 月 ～　年 月 　年　 月 ～　年 月 　年　 月 ～　年 月  |  | 肝臓移植術 | 　 |
| 　年　 月 ～　年 月 　年　 月 ～　年 月 　年　 月 ～　年 月  |  | 肝臓移植術後の抗免疫療法 |  |
| 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。

 令和 　 年　　月　　日

 医療機関名

 氏　　　名