（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（国名等） |
| 年　 月 ～　年 月  　年　 月 ～　年 月  　年　 月 ～　年 月 | |  | 肝臓移植後の抗免疫療法 | |  |
| 年　 月 ～　年 月  　年　 月 ～　年 月  　年　 月 ～　年 月 | |  | 肝臓移植術 | |  |

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