オンライン申請番号：　　　　－新－　　　番

　診　療　実　績

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名： | 施設名： |
| (施設名は申請時勤務施設) | |

◎提出症例数：　肝・腎　10例、　心・肺・小腸・膵等　3例

◎必要に応じて《1例につき1枚》使ってください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 臓器（○をつけて下さい／複数可） | | 腎・肝・心・肺・膵・小腸・造血肝細胞・その他 | | |
| 患者 | 年齢： | 性別： | | 疾患名： |
| 移植実施施設 |  | | | |
| 移植日 | 西暦　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 経過の概略 |  | | | |
| 申請者が実際に関与した期間（西暦）： | | | 年　　月　から　　　　年　　月 | |
| 施設名 |  | | | |
| 内容 |  | | | |

※メディカルコンサルタント実績は、所属長の署名のかわりにJOTNによる証明(または感謝状)のコピーを添付してもよい。

診療に関与した施設の所属長の署名又は捺印　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿