オンライン申請番号：　　　－新－　　　　番

　修練施設表および在籍証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 申請者が移植に携わった部門 | |
| 科名 |  |
| 指導者名 | (申請者が指導者の場合は申請者の氏名) |
| 申請者の氏名 |  |
| 在籍期間 | 西暦　　　　年　　月　　日　～　西暦　　　　年　　月　　日 |

以上の通り証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入日（西暦） | 年　　　月　　　日 | |
| 施設名 |  | |
| 所属長 役職名 |  | |
| 署名又は捺印 |  | ㊞ |

独立して医療機関を営むもので、所属長のないものは申請者の自己記載を認める。また、診療実績（**様式３**の全て）に記入した施設名が、複数施設の場合には、**記入したすべての施設について修練施設表（様式５）を作成**すること。