

診療実績証明書 (指導医用)

申請者氏名; _____

学会認定医番号; 認定医 _____

学会認定医認定年月; 20 年 月

上記の者は当施設において

_____年_____月 より _____年_____月まで

(西暦で記入)

(合計 _____年 _____ヶ月)

心血管インターベンション治療に従事したことを証明します。この間に
心血管インターベンション治療に関して

術者として _____例

の経験があったことを証明します。

年 月 日

施設名: _____

認定施設番号:(研修施設、研修関連施設) _____

所属長職名: _____

所属長氏名: _____ 印

指導医番号: 指導医 _____

注: 1施設に1枚。2枚以上必要な場合はコピーして下さい