（別紙６）

心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 |  | 心臓移植後の抗免疫療法　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　 | 　　 |
| 　年　 月 ～　年 　 月　年　 月 ～　年 　 月　年　 月 ～　年 　 月 |  | 心臓移植術　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　 |

 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