（別紙９）

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書（連携機関の医師）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連携する  医療機関 | |  | | | 連携する医師名 |  | | | |
| 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 | | |  | | 肝臓移植術 | | | |  |
| 年　 月 ～　年 月  　年　 月 ～　年 月  　年　 月 ～　年 月 | | |  | | 肝臓移植術後の抗免疫療法 | | | |  |
| 連携する医師の経歴書 | | | | 生年月日 |  | | 学位 |  | |
| 年 月 日 | 任免事項 | | | 師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名 | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |

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