（別紙１）

履　　歴　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
|  |  |
|  |  |
| （加入年月日） |  |
| 医籍登録番号 | 医籍第　　　　　　　号　　　　年　　月　　日 | 学　位 |  |
| 年　月　日 | 経　　　　歴 |
|  | （卒業校） |
|  | 医療機関名 | 科目名 | 役職（研修医、医員、部長等） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  年月日 | 医療機関名 | 科目名 | 役職（研修医、医員、　部長等） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 注）○指定を受けようとする診療科の臨床経験については、詳細に記載すること。

○医療機関については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。

○勤務先における身分（医長、医員、講師、助手等）を明確に記載すること。

（別紙２）

**自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  品　　　　　　　　目 |  数　量 |  品　　　　　　　　目 |  数　量 |
|  設　　　　　備 （主要なもの） |  |  |  |  |
|  体　　　　　制 |  |

（別紙３）

**研 究 内 容 に 関 す る 証 明 書**

 　　　　 医療機関名

 　　　　 氏　　　名

１　研究テーマ

２　研究の内容別期間等

　(1)教室における臨床実習

 自 年　月　日

 月間（１週　　日　　時間）

 至 年　月　日

 (2)教授指導下での教室外における臨床実習

 自 年　月　日

 月間（１週　　日　　時間）

 至 年　月　日

３　その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

 主論文

 副論文

 　　上記のとおり相違ないことを証明する。

 　　　　　　年　　月　　日

 大学名

 氏　名

（別紙４）

**人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書**

 　　　　 医療機関名

 　　　　 氏　　　名

１　専門研修

　(1)研修期間

 自 年　月　日

 至 年　月　日

　(2)医療機関及び指導医

２　臨床実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  期　　　　　　　　間 |  患者数 |  回　数 |  　医　療　機　関　名　等 |
|  年　月　～　　年　月 |  人 |  回 |  |
|  年　月　～　　年　月 |  |  |  |
|  年　月　～　　年　月 |  |  |  |
|  年　月　～　　年　月 |  |  |  |
|  年　月　～　　年　月 |  |  |  |

３　透析療法従事職員研修受講の有無

 (1)有（　　　　　年度研修）

 (2)無

 　　上記のとおり相違ないことを証明する。

 　　　　　　年　　月　　日

 医療機関名

 氏　　　名

（別紙５）

**中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医療機関名 |  | 主たる担当医　師　名 |  |  |
|  |  |
|  医療機関名 |  期　　　間 |  　　症　　　例　　　数 |  　備　　考 |
|
| ○ ○ 病 院○ ○ 病 院○ ○ 病 院 |  年月日 年月日 ～ ～ ～ |  中心静脈栄養法 （　　　　） （　　　　） （　　　　） |  |
| ○ ○ 病 院○ ○ 病 院○ ○ 病 院 |  年月日 年月日 ～ ～ ～ |  経腸栄養法 |  |

 上記のとおり相違ないことを証明する。

 年　　月　　日

 医療機関名

 氏　　　名

（記載要領）

１　「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。

２　「主たる担当医師名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記　載すること。

３　症例数を記入する欄には個々の症例を直近時から遡って記載し、調査票の記入欄を満　たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。

ただし、既定の症例数（中心静脈栄養法２０例以上、経腸栄養法１０例以上）につ

いて、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。

４　中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については（　　）内に再掲すること。

(1)　同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支え　 ないこと。

(2) 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが１０

日間以上のものを症例として計上すること。

なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日ないし翌日に再挿入した　 　場合は１回とみなし、複数の症例として計上しないこと。

（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 |
|
| 　　年　月　～　年　月　　年　月　～　年　月　　年　月　～　年　月 |  | 心臓移植後の抗免疫療法　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　ＨＰ | （国名） |
| 年　月　～　年　月　　年　月　～　年　月 |  | 心臓移植術　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　ＨＰ | （国名） |

 上記のとおり相違ないことを証明する。

 年　　月　　日

 医療機関名

 氏　　　名

（記載要領）

１　医療機関名は、正式名称を記載すること。

２　「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。

３　「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。

　　また、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。

４　「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。

　　なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

５　心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載すること。

（別紙７）

**心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）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所属する医療機関 |  | 連携する医　師　名 |  |  |
|  |  |
| 期　間 | 症例数 | 実施医療機関名等 | 備　考 |
| 　　年　月　～　年　月　　年　月　～　年　月　　 |  | 心臓移植術　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　ＨＰ　　　　　　　　　　　 | （国名） |
| 年　月　～　年　月　　年　月　～　年　月 |  | 心臓移植術後の抗免疫療法　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　ＨＰ | （国名） |
| 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。

 年　　月　　日

 医療機関名

 氏　　　名

（記載要領）

１　医療機関名は、正式名称を記載すること。

２　「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。

３　「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

　　なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

（別紙８）

**肝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 |
| 年　　月　～　　年　　月年　　月　～　　年　　月年　　月　～　　年　　月 |  | 肝臓移植術後の抗免疫療法病院病院ＨＰ | （国名） |
| 年　　月　～　　年　　月年　　月　～　　年　　月 |  | 肝臓移植術病院ＨＰ | （国名） |

上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　年　　　月　　　日

　医療機関名

　氏　　　名

（記載要領）

１　医療機関名は、正式名称を記載すること。

２　「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。

３　「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。

　　また、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。

４　「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名を記載すること。

　　なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

５　肝臓移植術の経験がある場合は、肝臓移植術についても記載すること。
（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 |
| 年　　月　～　　年　　月年　　月　～　　年　　月 |  | 肝臓移植術後の抗免疫療法病院ＨＰ | （国名） |
| 年　　月　～　　年　　月年　　月　～　　年　　月 |  | 肝臓移植術病院ＨＰ | （国名） |
| 連携する医師の経歴書 | 生年月日 |  | 学位 |  |
| 年月日 | 任免事項 | 指示した指導者名、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。

　　　　　年　　　月　　　日

　医療機関名

　氏　　　名

（記載要領）

１　医療機関名は、正式名称を記載すること。

２　「連携する医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。

３　「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。

　　なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。