

## 腎移植症例申立書

## 1 腎移植症例数等

## (1) 腎移植臨床従事期間

自 年 月  
至 年 月 (計 年 か月)

## (2) 腎移植症例数 件

## 2 腎移植症例 (直近 3 症例)

症 例 ①	移植実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年 月 日 ( 歳)
	治療方針	
	治療経過	
症 例 ②	移植実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年 月 日 ( 歳)
	治療方針	
	治療経過	
症 例 ③	移植実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年 月 日 ( 歳)
	治療方針	
	治療経過	

上記に相違ありません。

年 月 日

医療機関名

医師氏名

(署名又は記名押印をしてください)