

別紙 8

主として担当する医師の肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書

医療機関名

医師氏名

1 肝臓移植後の抗免疫療法の臨床実績

期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			

2 肝臓移植術の臨床実績

期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			
年 月～ 年 日			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関名

氏 名

(署名又は記名押印をしてください)