

## 連携機関の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

## 1 連携機関の医師

連携する 医療機関		連携する 医師氏名	
連携する医師の経歴書	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

## 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			

## 3 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			

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)