

様式2 - (1)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書  
（病院又は診療所）

保険医療機関	名 称			
	所 在 地			
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
	生 年 月 日		職 名	
標榜している診療科目				
主として担当する医師又は 歯科医師の経歴		(別紙1)	自立支援医療を行うため に必要な体制及び設備の 概要	(別紙2)
自立支援医療を行うための入院 設備の定員			人	
変更内容		変更年月日	年 月 日	
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名又は名称</p> <p>松 山 市 長 殿</p>				

※ 直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

(記入要領)

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 2 「主として担当する医師又は歯科医師の経歴」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 3 「自立支援医療を行うための入院設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 4 (別紙1) 経歴書の「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。
- 5 (別紙1) 経歴書の「関係学会加入状況」は、加入している学会名及び学会における必要な記録を記載すること。
- 6 (別紙1) 経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること。
  - (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。
  - (2) 病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し又は研究等のために利用した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。  
(例えば、〇〇医科大学眼科学教室又は〇〇病院眼科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないこと。)
  - (3) 勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。
  - (4) 非常勤職員については、1か月又は1週間あたりの勤務日数、延時間数を明確に記載すること。
  - (5) 2以上の施設に兼務する等の場合は、それぞれの施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記入すること。  
(例えば、〇〇医科大学整形外科週4日(延〇時間勤務)、〇〇病院週2日(延〇時間勤務)等)
  - (6) 大学院については、専門コースを明確に記載すること。(例えば、〇〇医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等)
- 7 (別紙1) 経歴書には、指導者氏名、研究テーマ、研究の内容別(講義の受講、臨床的研究、理論的研究、実習等)期間、従事日数(1か月又は1週間あたり)、その他研究態様を明らかにするための主任教授等による証明書(別紙3)を添付すること。
- 8 腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ(別紙4)及び(別紙5)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。
- 9 (別紙2) 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載すること。
- 10 心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、(別紙6)又は(別紙7)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。
- 11 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、(別紙8)又は(別紙9)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。

(別紙1)

### 経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	
現 住 所					
関係学会 加入状況					
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名			

(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

## 研究内容に関する証明書 (記載例)

医療機関名

市立 ○○ 病院

氏名

△△ △

1 研究テーマ

変形性膝関節症の組織学的研究

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 平成○年 1月 1日 } 6月間 (1週 6日 44時間)  
至 平成○年 6月30日 }

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 平成○年 7月 1日 } 11月間 (1週 6日 44時間)  
至 平成○年 5月31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 変形性膝関節症の組織学的研究

副論文 脊髄硬膜外肉芽腫の1治療例

小児に発生した pancoast 腫瘍の1例

足関節固定術の経過的観察

上記のとおり相違ないことを証明する。

○○年○○月○○日

大学名

○○大学医学部教授

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	年月日      年月日	中心静脈栄養法	
病 院	～	(      )	
病 院	～	(      )	
病 院	～	(      )	
病 院	年月日      年月日	経腸栄養法	
病 院	～		
病 院	～		
病 院	～		

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）

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		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術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 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 病院 HP (国 名)	
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)	
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、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。

様式2 - (1)

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書  
（病院又は診療所）

記載例

保険医療機関	名 称	松山市役所病院		
	所 在 地	▽▽市▽▽町▽▽番▽▽号		
開 設 者	住 所	■■市■■町■■番■■号		
	氏名又は名称	松山 太郎		
	生 年 月 日	S.〇〇.〇〇.〇〇	職 名	理事長
標榜している診療科目		内科、人工透析内科		
主として担当する医師又は 歯科医師の経歴		(別紙1)	自立支援医療を行う ために必要な体制及 び設備の概要	(別紙2)
自立支援医療を行うための入院 設備の定員		〇〇人		
変更内容	主として担当する医師を変更	変更年月日	令和〇〇年〇月〇日	
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 松山 太郎 住 所 ■■市■■町■■番■■号 氏名又は名称 松山市役所病院</p> <p>松 山 市 長 殿</p>				

※ 直近の指定の申請（変更申請及び変更届出含む）時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができる。

(別紙1)

記載例		経 歴 書			
学 位	医学博士	ふりがな 氏 名	松山 花子	生年月日	S〇〇.〇〇.〇〇
現住所	▲▲市▲▲町▲▲番▲▲号				
関係学会 加入状況	日本〇〇学会(〇〇専門医) 日本■●学会(▲▲指導医)				
年月日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名			
H〇. 4. 1- H〇. 3. 31	医療法人〇〇会 〇〇病院(▽▽科)	師事した指導者 ●● ●●● 論文名 □□□□			
H〇. 4. 1- H〇. 3. 31	※※県立※※病院 (◎◎科)				

経歴については、必ず年月日を記入すること。

勤務先と標榜していた診療科目が分かるように記入すること。

(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

記入例		装置、器具、手術室数など、自立支援医療を行うために配備している設備を記入すること。		
	品 目	数 量	品 目	数 量
設 備 (主要なもの)				
体 制	医師(〇〇科)：常勤〇〇名 非常勤〇〇名 医師(■●科)：常勤〇〇名 非常勤〇〇名 看護師：常勤〇〇名 非常勤〇〇名 准看護師：常勤〇〇名 非常勤〇〇名 薬剤師：常勤〇〇名 非常勤〇〇名 管理栄養士：常勤〇〇名 非常勤〇〇名 放射線技師：常勤〇〇名 非常勤〇〇名		職員勤務体制を記入すること。	

(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

申請する医師が勤務する医療機関名、医師氏名を記入すること。

記載例

### 研究内容に関する証明書 (記載例)

医療機関名 松山市役所病院  
氏名 松山 花子

- 1 研究テーマ 変形性膝関節症の組織学的研究
- 2 研究の内容別期間等
  - (1) 教室における臨床実習
 

自 平成〇年 1月 1日	}	6月間 (1週 6日 44時間)
至 平成〇年 6月 30日		
  - (2) 教授指導下での教室外における臨床実習
 

自 平成〇年 7月 1日	}	11月間 (1週 6日 44時間)
至 平成〇年 5月 31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 変形性膝関節症の組織学的研究
  - 副論文 脊髄硬膜外肉芽腫の1治療例  
小児に発生した pancoast 腫瘍の1例  
足関節固定術の経過的観察

年月日まで記入すること。

実習期間及び体制についても  
もれなく記入すること。

上記のとおり相違ないことを証明する。

〇〇年〇〇月〇〇日  
大学名 〇〇大学医学部教授  
氏名 △△ △

必ず証明を受けること。

(別紙4)

記載例

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名 松山市役所病院  
氏 名 松山 花子

1 専門研修

(1) 研修期間

自 ○○年 1月 1日

至 ○○年 6月30日

(2) 医療機関及び指導医

申請する医師が勤務する医療機関名、医師氏名を記入すること。

2 臨床実績

期 間	患者数	回 数	医 療 機 関 名 等
▲▲年▲月～▲▲年▲月	▲人	▲回	医療法人▲▲会 ▲▲病院
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。

必ず証明を受けること。

○○年○○月○○日

医療機関名 医療法人▲▲会 ▲▲病院  
氏 名 ▲▲ ▲▲

(別紙5)

記載例

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名	松山市役所病院	主たる担当 医師名	松山 花子
医療機関名	期間	症 例 数	備 考
医療法人〇〇会 〇〇病院	年月日 年月日 〇. 1. 1～〇. 6. 30	中心静脈栄養法 ( 〇〇回 )	
医療法人〇〇会 〇〇病院	年月日 年月日 〇. 1. 1～〇. 6. 30	経腸栄養法	

年月日まで記入すること。

上記のとおり相違ないことを証明する。

〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関名 医療法人〇〇会 〇〇病院  
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)

記載例

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	松山市役所病院	主たる担当 医師名	松山 花子
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
○年 1月～○年 6月 ○年 7月～○年 3月	○○回 ○○回	心臓移植後の抗免疫療法  医療法人○○会○○病院 ■■■■■■■■ HP	(アメリカ)
▲年 1月～▲年 6月 ▲年 7月～▲年 3月	▲▲回 ▲▲回	心臓移植術  医療法人○○会○○病院 ■■■■■■■■ HP	(アメリカ)

上記のとおり相違ないことを証明する。

必ず証明を受けること。	○○年○○月○○日  医療機関名 医療法人○○会○○病院 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)

記載例

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）

連携する 医療機関	松山市役所病院		連携する 医師名	松山 花子	
期 間	症例数	実施医療機関名等		備 考	
○年 1月～○年 6月 ○年 7月～○年 3月	○○回 ○○回	心臓移植術  医療法人○○会○○病院 ■■■■■■■■ HP		(アメリカ)	
○年 1月～○年 6月 ○年 7月～○年 3月	○○回 ○○回	心臓移植術後の抗免疫療法  医療法人○○会○○病院 ■■■■■■■■ HP		(アメリカ)	
連携する医師の経歴書		生年月日	S〇〇.〇〇.〇〇	学位	医学博士
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			
H〇.4.1- H〇.3.31	医療法人○○会 ○○病院 (▽▽科)	師事した指導者 ●● ●●  論文名 □□□□			

経歴については、必ず年月日を記入すること。

勤務先と標榜していた診療科目が分かるように記入すること。

上記のとおり相違ないことを証明する。

○〇年○〇月○〇日
医療機関名 医療法人○○会○○病院 氏 名 ▲▲ ▲▲

必ず証明を受けること。

(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術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。

## 記載例

(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	松山市役所病院		主たる担当 医師名	松山 花子
期 間	症例数	実施医療機関名等		備 考
○年 1月～○年 6月 ○年 7月～○年 3月	○○回 ○○回	肝臓移植後の抗免疫療法  医療法人○○会○○病院 ■■■■■■■■■■ HP		(アメリカ)
○年 1月～○年 6月 ○年 7月～○年 3月	○○回 ○○回	肝臓移植術  医療法人○○会○○病院 ■■■■■■■■■■ HP		(アメリカ)

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 医療法人○○会○○病院  
氏 名 ▲▲ ▲▲

必ず証明を受けること。

#### (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 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。

## 記載例

(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	松山市役所病院		連携する 医師名	松山 花子	
期 間	症例数	実施医療機関名等		備 考	
○年 1月～○年 6月 ○年 7月～○年 3月	○○回 ○○回	肝臓移植術  医療法人○○会○○病院 ■■■■■■■■■■ HP		(アメリカ)	
○年 1月～○年 6月 ○年 7月～○年 3月	○○回 ○○回	肝臓移植術後の抗免疫療法  医療法人○○会○○病院 ■■■■■■■■■■ HP		(アメリカ)	
連携する医師の経歴書	生年月日	S○○.○○.○○	学位	医学博士	
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			
H○. 4. 1- H○. 3. 31	医療法人○○会 ○○病院 (▽▽科)	師事した指導者 ●● ●●  論文名 □□□□			

経歴については、必ず年月日を記入すること。

勤務先と標榜していた診療科目が分かるように記入すること。

必ず証明を受けること。

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 医療法人○○会○○病院  
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。