

[別紙第2]

麻酔施行経験証明書

当該医療機関における麻酔の実施に係る体制及び申請者の麻酔業務に係る経歴に関し、下記の記載に相違ないことを証明する。

年 月 日

病院
病院長 _____ 印

医療機関名 _____
所在地 _____

申請者の氏名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ)

修練した期間

(_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 : _____ 年 _____ か月) (常勤 ・ 非常勤 (週 _____ 時間))

(_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 : _____ 年 _____ か月) (常勤 ・ 非常勤 (週 _____ 時間))

(_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 : _____ 年 _____ か月) (常勤 ・ 非常勤 (週 _____ 時間))

症 例 数*1 (_____ 症例)

申請者の指導を行った医師(麻酔指導医)の氏名 _____

麻酔指導医の略歴*2 _____ (認定番号)

申請者が修練した期間における医療機関の体制*3

麻酔部門について

部門の名称 _____

責任者の氏名(役職) _____ (_____)

常勤・非常勤の別 _____ 常 勤 ・ 非 常 勤 _____

麻酔部門の責任者の略歴*2 _____ (認定番号*4)

麻酔症例 年間 _____ 症例 (_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日)

手術室 _____ 室

麻酔器 _____ 台

*1 申請者が担当した症例数を記載することが望ましい。

*2 麻酔指導医及び麻酔部門の責任者の略歴(別途添付)については、(公社)日本麻酔科学会による専門医の認定を受けている旨及び専門医番号を記載した場合は、省略して差し支えない。

*3 申請者が麻酔業務を行っていた期間にかかる医療機関の体制について記載すること。

*4 麻酔部門の責任者が、麻酔指導医と同一の場合は、省略して差し支えない。

厚生労働大臣 殿