

[別紙第3]

麻酔施行経験証明書

申請者の麻酔施行経験について、下記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日

_____ 病院
_____ 印
_____ 病院長

医療機関名 _____

所在地 _____

申請者氏名 _____

(_____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ)

症例数 _____ 計 _____ 症例

番号	実施日	麻酔法	患者の氏名等	病名	手術術式	術者
1						
2						
3						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
298						
299						
300						
・						
・						

注) 麻酔法については、吸入麻酔、静脈麻酔、硬膜外麻酔等の別を明記すること。
また、複数の麻酔法を用いた場合は、併用した麻酔法のすべてを明記すること。