

(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 H P	(国 名)
年 月～ 年 月 年 月～ 年 月		肝臓移植術 病 院 H P	(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