

(別紙1)

経 歴 書

学 位		フリガナ 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			

備考

- 1 「学位」欄には、専門科目に関する学位の有無を記載すること。
- 2 「関係学会加入状況」欄には、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。
- 3 「任免事項」欄には、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（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週間当たりの勤務日数及び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、利用状況等を具体的に記載すること（例えば、〇〇大学附属病院矯正歯科週4日（延〇時間勤務）、〇〇病院矯正歯科週1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）。
- 4 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週間当たり）その他研究態様を明らかにするための主任教授等の証明による（別紙3）の研究内容に関する証明書を添付すること。
- 5 腎臓に関する医療を担当しようとする場合は、（別紙4）の人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書を添付すること。
- 6 小腸に関する医療を担当しようとする場合は、（別紙5）の中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書及び（別紙5の2）の中心静脈栄養法・経腸栄養法臨床実績一覧を添付すること。
- 7 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）の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）又は（別紙7）の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）を添付すること。
- 8 肝臓移植に関する医療のうち肝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8）の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）又は（別紙9）の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）を添付すること。
- 9 歯科矯正に関する医療を担当しようとする場合は、（別紙10）の口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績等証明書を添付すること。

(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)
至 年 月 日)

月間 (1 週 日 時間)

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日)
至 年 月 日)

月間 (1 週 日 時間)

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

㊟

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

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

㊞

備考

- 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 「期間」欄及び「症例数」欄には、直近時からさかのぼって、記入欄の範囲内で記載すること。また、直近時からさかのぼって、中心静脈栄養法20例及び経腸栄養法10例について記載した(別紙5の2)の中心静脈栄養法・経腸栄養法臨床実績一覧を添付すること。
- 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、同一日又は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5の2)

中心静脈栄養法・経腸栄養法臨床実績一覧

中心静脈栄養法					経腸栄養法				
番号	臨床実施 医療機関名	患者		期間	番号	臨床実施 医療機関名	患者		期間
		性別	年齢				性別	年齢	
1					1				
2					2				
3					3				
4					4				
5					5				
6					6				
7					7				
8					8				
9					9				
10					10				
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

備考 直近時からさかのぼって、中心静脈栄養法20例及び経腸栄養法10例について記載すること。

(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
年月日 年月日 ～ ～ ～		心臓移植術後の抗免疫療法 病院 病院 HP	(国 名)
年月日 年月日 ～ ～ ～		心臓移植術 病院 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

⑩

備考

- 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」欄及び「症例数」欄には、「主たる担当医師名」欄に記載した医師が、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さかのぼって記載すること。
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 医療機関名		連携する 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年月日 年月日 ~ ~ ~		心臓移植術 病院 病院 HP (国 名)	
年月日 年月日 ~ ~ ~		心臓移植術後の抗免疫療法 病院 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	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名	

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

㊞

備考

- 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」欄、「症例数」欄及び「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」欄に記載した医師が、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さかのぼって記載すること。

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
年月日 年月日 ～ ～ ～		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 病院 HP (国 名)	
年月日 年月日 ～ ～ ～		肝臓移植術 病院 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

㊞

備考

- 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」欄及び「症例数」欄には、「主たる担当医師名」欄に記載した医師が、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さかのぼって記載すること。
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 医療機関名		連携する 医師名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年月日 年月日 ～ ～ ～		肝臓移植術 病院 病院 HP (国 名)	
年月日 年月日 ～ ～ ～		肝臓移植術後の抗免疫療法 病院 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	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名	

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

㊞

備考

- 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」欄、「症例数」欄及び「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」欄に記載した医師が、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さかのぼって記載すること。
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10)

口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績等証明書

指 定 申 請 医 療 機 関 名		主たる担当 歯科医師氏名	
----------------------	--	-----------------	--

番 号	臨床実施医療機関名	患 者		期 間	備 考
		性 別	年 齢		
1					
2					
3					
4					
5					

備考 口蓋裂の歯科矯正に関する臨床実績について、直近時からさかのぼって5例記載すること。

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医療機関名

氏 名

㊞