

[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

病院長 _____ 印

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	年齢	性別	病名	手術術式	術者
1							
2							
3							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
・							
298							
299							
300							
・							
・							

注) 記載する症例は、気管への挿管による全身麻酔であって、申請者が麻酔の実施を主に担当した症例に限る。
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。

厚生労働大臣 殿