（身体障害者福祉法第１５条の指定医師申請用）

**（障害種別名）　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 |  |  |  |

※ 患者数は実人数を記入すること

３　その他

 　　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