申請日 2024 年　　月　　日

体外循環業務施行証明書（受験用）

下記申請者は、私の指導下で別紙体外循環記録のごとく
主操作者として体外循環を行ったことを証明します。
（症例が複数施設にわたる場合は、各施設における施行証明書を作成ください）

（該当する方をチェックして下さい。当てはまらない場合には記載してください）

☐ 体外循環担当医（責任者）　☐ 体外循環技術認定士　☐（　　）

認定番号　第　　－　　号※認定士の場合

施 設 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　　属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

（自筆署名のこと、証明者は申請者と同一人でないこと）
（体外循環技術認定士は、認定番号を記載してください）

申請者

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

施 設 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　　属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿ FAX 番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

E mail　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿