

申請日 2025 年 月 日

体外循環業務施行証明書（更新用）

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。
(列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 一 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 _____

認定番号： 第 一 号

施設名：

所 属：

住 所： 〒

電話番号： FAX 番号：

E mail : shahidkhan1990@gmail.com