申請日 2026 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 先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

部署：＿＿＿＿＿＿＿＿部課：＿＿＿＿＿＿役職：＿＿＿＿＿＿

E mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※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資格保有者は、認定番号を記載してください

申請者情報記載欄

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施 設 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　　属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿