

申請日 2021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 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

登録番号： 第 一 号 (更新者のみ記載)

施設名： _____

所属： _____

住所： 〒 _____

電話番号： _____ FAX 番号： _____

E mail : _____