申請日 2019 年　　月　　日

体外循環業務施行証明書（更新用）

下記申請者は、別紙体外循環記録のごとく
主操作者あるいは指導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、登録番号を記載してください）

申請者

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

登録番号：第　　－　　号　（更新者）

施 設 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　　属：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX 番号：＿＿＿＿＿＿＿＿

E mail　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿