

申請日 2023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。  
(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

登録番号： 第        号 (更新者のみ記載)

施設名： \_\_\_\_\_

所属： \_\_\_\_\_

住所： 〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ FAX 番号： \_\_\_\_\_

E mail : \_\_\_\_\_