

当該医療機関における麻酔の実施に係る体制及び申請者の麻酔業務に係る経歴に関し、下記の記載に相違ないことを証明する。

別紙第1の申請年月日
平成21年9月7日 以前の日付

霞が関大学 病院
病院長 厚生 花子 公印

医療機関名 霞が関大学病院
所在地 千代田区霞が関1-2-2

申請者の氏名 厚生 太郎 (昭和55年12月12日生まれ)
修練した期間

別紙第1の「麻酔業務に関する経歴」と一致

(平成18年5月1日～平成18年5月31日: 0年1か月) (常勤・非常勤 (週35時間))
(平成19年4月1日～平成21年3月31日: 2年0か月) (常勤・非常勤 (週40時間))
(平成21年8月1日～平成21年9月7日: 0年1か月) (常勤)・非常勤 (週 時間))

症例数*1 (439症例)

申請者の指導を行った医師(麻酔指導医)の氏名 厚生 花子

麻酔指導医の略歴*2 1234 1235 (認定番号)

公印

訂正印も公印

申請者が修練した期間における医療機関の体制*3

麻酔部門について

部門の名称 麻酔科

責任者の氏名(役職) 厚生 花子 (教授)

常勤・非常勤の別 (常勤)・非常勤

麻酔部門の責任者の略歴*2 (認定番号*4)

麻酔症例 年間 2583 症例 (平成20年4月1日～平成21年3月31日)

手術室 25 室

麻酔器 25 台

申請者の在職期間を含む当該医療機関の一年間の麻酔症例数

- *1 申請者が担当した症例数を記載することが望ましい。
- *2 麻酔指導医及び麻酔部門の責任者の略歴(別途添付)については、(社)日本麻酔科学会による専門医の認定を受けている旨及び専門医番号を記載した場合は、省略して差し支えない。
- *3 申請者が麻酔業務を行っていた期間にかかる医療機関の体制について記載すること。
- *4 麻酔部門の責任者が、麻酔指導医と同一の場合は、省略して差し支えない。