〔別紙第3〕

記入例

麻酔施行経験証明書

申請者の麻酔施行経験について、下記の通り相違ないことを証明する。

平成21年9月10日

別紙第1の申請年月日以前の日付

霞が関大学　　病院

病院長　厚生　花子　公印　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

申請者氏名　　厚生　太郎

（昭和　55年　12月　12日生まれ）

訂正印も公印

症例数　　計　　439　症例

公印

番号	実施日	麻酔法	患者の氏名等	病　名	手術術式	術　者
1	平成18年5月1日	吸入麻酔	○○　○○	食道癌	○○○○術	~~○○　○○~~ △△　△△
2	平成18年5月2日	吸入麻酔	○○　○○	気胸	○○○○術	△△　△△
3	平成18年5月3日	吸入麻酔＋硬膜外麻酔	○○　○○	大腿骨頸部骨折	○○○○術	△△　△△
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
331						
332						
333						
・						
・						

記載する症例は、気管への挿管による全身麻酔であって、申請者が麻酔の実施を主に担当した症例に限る

注）麻酔法については、吸入麻酔、静脈麻酔、硬膜外麻酔等の別を明記すること。
また、複数の麻酔法を用いた場合は、併用した麻酔法のすべてを明記すること。

厚生労働大臣　殿