

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。

令和2年 12月 20日

申請（別紙第1）前に病院が証明した日付を記載する

霞ヶ関大学 病院
病院長 厚生 花子

医療機関名 霞ヶ関大学病院
所在地 千代田区霞が関1-2-2

別紙第1の「麻酔業務に関する経歴」のうち当該病院（例の場合、霞ヶ関大学病院）の経歴と一致させる

申請者の氏名 厚生 太郎 （平成4年3月10日生まれ）
修練した期間

(平成29年5月1日～平成29年7月31日：0年3か月) (常勤(週 35時間)・非常勤(週 時間))

(平成31年1月1日～平成31年3月31日：0年3か月) (常勤(週 35時間)・非常勤(週 時間))

(平成31年4月1日～令和2年3月31日：1年0か月) (常勤(週 40時間)・非常勤(週 時間))

症例数*1 (675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 1235 (認定番号)

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29年 4月 1日～平成30年 3月 31日)

手術室 25 室

麻酔器 25 台

申請者の「修練した期間」における期間の一部又は全ての期間を含む1年間の麻酔症例を記載する

*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、(公社)日本麻酔科学会又は(一社)日本専門医機構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。

記載内容について申請者へ照会を行う場合があります。