〔別紙第3〕

記載例

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。

21年　9月　7日

別紙第１の申請年月日以前の日付

霞が関総合　　病院

病院長　高橋　一郎　公印　印

医療機関名　霞が関総合病院

所　在　地　　千代田区霞が関1－2－2

申請者氏名　　山田　太郎

（昭和　55年　12月　12日生まれ）

訂正印も公印

症例数　　計　　357　症例

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	○○　○○	○○腫	○○○○術	~~佐藤~~ 佐々木　一男 公印
2	平成18年5月2日	吸入麻酔	○○　○○	○○○炎	○○○○術	佐々木　一男
3	平成18年5月3日	吸入麻酔＋静脈麻酔	○○　○○	○○○○症	○○○○術	佐々木　一男
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
・						
331						
332						
333						

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