

(表)

様式第8号の6 (用紙 日本産業規格A4縦型)

肝臓移植後の抗免疫療法に関する臨床実績

医療機関名		主として 担当する医師		
期 間		症例数	実施医療機関等	備 考
年月日	年月日		肝臓移植後の抗免疫療法	(国名等)
～	～		肝臓移植	(国名等)
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～			
～	～</			

(裏)

(様式第8号の6に関する記入要領)

- 1 「医療機関名」欄には、必ず正式名称を記載してください。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植後の抗免疫療法を主として担当する医師の氏名を記載してください。
- 3 「期間」「症例数」欄には、主として担当する医師が、これまでに肝臓移植後の抗免疫療法を実施した期間と症例数を直近時から遡って記載してください。なお、移植関係学会合同委員会において肝臓移植実施施設として選定された施設で、肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合には、記載しても差し支えありません。
- 4 「実施医療機関等」欄には、これまでに肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載してください。なお、国外の医療機関を記載する場合には、備考欄に国名をあわせて記載してください。
- 5 肝臓移植術の経験がある場合には、肝臓移植術についても記載してください。



(裏)

(様式第8号の7に関する記入要領)

- 1 「医療機関名」欄には、必ず正式名称を記載してください。
- 2 「連携する医師名」欄には、肝臓移植後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載してください。
- 3 「期間」「症例数」欄には、連携する医師が、これまでに肝臓移植又は肝臓移植後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載してください。
- 4 「実施医療機関等」欄には、連携する医師が、これまでに肝臓移植又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載してください。なお、国外の医療機関を記載する場合には、備考欄に国名をあわせて記載してください。