(セ)第3号様式（第5回）【日本専門医機構認定プログラム制】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No.1

症例要約　指導証明書

　下記の症例要約は当施設において受験者自ら診療に携わった症例であることを指導医として証明する。

|  |  |
| --- | --- |
| 受験者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 基幹施設名(所属のプログラム) | 受持期間**（西暦）****例）2012.4.1～2012.5.31** | 病院名**※1** | 診断名（第一病名） | 患　　者 | 指導医自筆署名**※2** |
| ID | 受持時患者年齢 | 性 |
| 1 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |

※1実際に勤務した病院名

※2実際に指導を受けた指導医の自筆署名を得ること

症例要約の記載内容と一致させること

(セ)第3号様式（第5回）【日本専門医機構認定プログラム制】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No.2

|  |  |
| --- | --- |
| 受験者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 症例番号 | 基幹施設名 | 受持期間**（西暦）****例）2012.4.1～2012.5.31** | 病院名**※1** | 診断名（第一病名） | 患　　者 | 指導医自筆署名**※2** |
| ID | 受持時患者年齢 | 性 |
| 15 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  | ～ |  |  |  |  |  |  |

※1実際に勤務した病院名

※2実際に指導を受けた指導医の自筆署名を得ること

症例要約の記載内容と一致させること