

(別紙8)

腎臓（死体腎）移植症例概要書

臨床実績

	期 間	治療回数	医 療 機 関 名
症例1	年 月～ 年 月		
症例2	年 月～ 年 月		
症例3	年 月～ 年 月		

年 月 日

医療機関の名称、所在地

主たる医師名

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

病院名

氏 名