**（必ず記載すること）**受付No.

　（様式 3 の １ ）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **超音波検査実績**  **日本超音波医学会理事長　殿** | | | | | |
| **超音波検査実績一覧および抄録に記載のある超音波検査は、下記の受験者が当施設において施行したことを証明する。**  　　　　　年　　　月　　　　日   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 施設名 | | 役職 |  | | 所在地 | 氏名 | |  | | ＴＥＬ | （自署） | | 印 |   ＊本証明書の証明者は本会認定の超音波専門医である必要はありません。超音波検査を施行した施設の臨床責任医師に署名・捺印をもらってください。医師がいない場合、施設の責任者(常勤するもの)でも結構ですが、受験生本人による証明は認められません。 | | | | | |
| 受験者氏名 | |  | 受験臨床領域 | |  |
| 生年月日 | | 19　　　年　　　月　　　日生 ( 男 ・ 女 ) | |  | |

**＊抄録は疾患コードの順で記載すること（様式３の２も同様）＊健診領域は健診領域用（様式３の１）を用いること**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 抄録番号 | 検査年月日 | 年齢 | 性別 | 診断名 | 疾患コード |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |

※検査を施行した施設が複数の場合は，施設毎の書類を提出してください。