

## 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。

20〇〇 年 〇 月 〇 日

施設名 超音波病院 役 職 検査部部长

所在地 東京都神田淡路町 〇- 〇- 〇 氏 名

TEL 03-1234-5678 (自署) 超音波 六郎 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・捺印をもらって下さい。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 神田 一郎 受験臨床領域 健診領域

生 年 月 日 19 〇〇 年 〇 月 〇 日生 (男・女)

## 撮影技術と解剖

総画像数	検査年月日	年齢	性別	
18	2018年 4月 1日	44	男	

## 超音波検査実績

\*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)

抄録番号	検査年月日	年齢	性別	疾患コード
1	2018年 1月 13日	44	男	F-1
2	2018年 1月 14日	56	女	F-1
3	2018年 1月 20日	30	女	F-2
4	2018年 1月 21日	40	男	F-2
5	2018年 1月 27日	35	男	F-3
6	2018年 1月 28日	28	女	F-4
7	2018年 2月 3日	35	女	F-5
8	2018年 2月 4日	46	男	F-5
9	2018年 2月 10日	50	女	F-6
10	2018年 2月 11日	27	男	F-7

※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。