**（様式 ５ の １ ）**

**超音波検査実績(腹部領域)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受験者氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 (男 ・女 ) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 抄録番号 | 検査年月日 | 年齢 | 性別 | 診断名 | | | | 疾患コード |
| **1** |  |  |  |  | | | |  |
| **2** |  |  |  |  | | | |  |
| **3** |  |  |  |  | | | |  |
| **4** |  |  |  |  | | | |  |
| **5** |  |  |  |  | | | |  |
| **6** |  |  |  |  | | | |  |
| **7** |  |  |  |  | | | |  |
| **8** |  |  |  |  | | | |  |
| **9** |  |  |  |  | | | |  |
| **10** |  |  |  |  | | | |  |
| 日本超音波医学会理事長　殿 | | | | | | | | | | |
| 上記の者が、当施設において施行したとして提出した超音波検査実績一覧表および抄録に関して誤りの  ないことを証明します。 | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |
| 施設名 | | | | | | | 役職 |  | | |
| 所在地 | | | | | | 氏名 | |  | | |
|  | | | | | | （自署） | | 印 | | |
| （電話） | | | | | | | | | | |