（様式C）

診療実績証明書

申請者氏名 印



１．　診療施設名：

\*施設長名：



２．　診療科名：



３．　勤務状況：　（１）　常勤　　（２）　非常勤　（　　　　　日／週）　　該当番号に○をつける

　　　診療実績：　月あたりの診療実績日数　　　（　　　　　　日）



４．　症例状況

（１）　美容外科

　眼瞼手術　　　　　　　　　　　　例／　週　・　月　・　年

　鼻形成術　　　　　　　　　　　　例／　週　・　月　・　年

　顎形成術　　　　　　　　　　　　例／　週　・　月　・　年

　脂肪吸引　　　　　　　　　　　　例／　週　・　月　・　年

　腹部形成　　　　　　　　　　　　例／　週　・　月　・　年

　豊胸手術　　　　　　　　　　　　例／　週　・　月　・　年

　アームリフト　　　　　　　　　　 例／　週　・　月　・　年

　その他の治療　　　　　　　　　例／　週　・　月　・　年

　　　（２）　美容皮膚科

　レーザー治療　　　　　　　　 例／　週　・　月　・　年

　ボトックス注射　　　　　　　　 例／　週　・　月　・　年

　ヒアルロン酸注射　　　　　　 例／　週　・　月　・　年

フェイスリフト　　　　　　　　　 例／　週　・　月　・　年

皮膚の再生治療　　　　　　　例／　週　・　月　・　年

　その他の治療　　　　　　　　 例／　週　・　月　・　年

上記の通りの診療実績があることを証明します。

所　属　長 　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※申請者以外の者

（注１）　診療実績の証明期間とは、認定医申請時までの最近2年間を意味する。

（注２）　施設に従事する者が申請する時には、原則として施設長の印を必要とする。

（注３）　認定医申請時までの最近2年間で、複数の施設に従事した者が申請する時には、原則とし

　　　　　て各診療施設の証明書を必要とする。