（様式6-2） **受付番号（事務局使用欄）**

**専門的心エコー図検査レポート（報告書）あるいは検査に**

**関わるカルテ（診療録）部分の写し（コピー）に関する証明**

申請者が提出する書類「様式6」について、検査を実施した医師あるいは診療情報管理者として以下を証明します。

この検査レポート（報告書）あるいはカルテ（診療録）部分の写し（コピー）は、当院の診療で実際に使用されている書類の写し（コピー）である。

　　　　年　　　月　　　日

申請者所属施設＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検査を実施した医師あるいは診療情報管理者

証明者（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　役職＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）