（様式6-1） **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「専門的心エコー図検査の実施記録」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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）