（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）に関する証明**

この検査は下記の者が携わっていたことを証明します。

（レポート番号）

　　　　年　　　月　　　日

（申請者）

申請者所属施設＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名 　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（実施担当医師あるいは診療情報管理者）

証明者（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

※実施担当医師は、レポートに記載のある医師