

## 臨床実務経験証明書

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

上記の者は、当培養室において

\_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日 の間

実務経験があり、かつ精子調整、採卵から胚移植までの胚操作を含む培養室業務の工程を 30 症例以上経験していることを証明する。

\_\_\_\_\_ 年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_

施設庁または所属科長 署名 \_\_\_\_\_ 印