**３学会承認　脳血栓回収療法実施医審査　　　　　　　 　　　 様式604**

**血管内手術施行施設の証明書**

**志願者氏名（署名または押印）　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**志願者提出の手術目録に記載された手術症例は当施設で行われたものに**

**相違ないことを証明する。**

**施設名**

**部・科長氏名（署名または押印）　　　　　　　　　　　　　　　　印**