**日本脳卒中の外科学会　技術指導医審査 　　　　　　　　　様式2-3**

**手術施行施設の証明書**

**出願者氏名**

**出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であり，記載内容に相違ないことを証明する。**

**証明日　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日**

**施設名**

**施設長（病院長または部・科長）氏名**

**（自署）**