**日本脳卒中の外科学会　技術認定医審査 　　　　　　　　　様式1-6-2**

**手術見学証明書**

**出願者氏名**

**出願者が当施設で行われた症例（内容は別添の手術記録写しのとおり）を見学したことを証明する。**

**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）**