

症例リスト（5症例）

<実務経験を記載してください>

申請者氏名 _____ 印

治療や指導を行った施設名 _____

上記の者は、添付のリンパ浮腫患者（5例）に対し、記載の通り治療や指導を
施行したことを証明する

責任者医師氏名 _____ 印（自筆署名・捺印のこと）

医師の所属施設名 _____

症例1

性別 男 女 年齢 歳

診断名

複合的リンパ浮腫治療や指導の実施内容

症例2

性別 男 女 年齢 歳

診断名

複合的リンパ浮腫治療や指導の実施内容

症例リスト

症例3

性別 男 女 年齢 歳

診断名

複合的リンパ浮腫治療や指導の実施内容

症例4

性別 男 女 年齢 歳

診断名

複合的リンパ浮腫治療や指導の実施内容

症例5

性別 男 女 年齢 歳

診断名

複合的リンパ浮腫治療や指導の実施内容