

記入例 以下、検査年月日などの「〇〇年」はサンプルですので、提出の際は、実際の数字をご記載ください。

## 健診領域用

(必ず記載すること) 受付No. \_\_\_\_\_

健診領域用 (様式 3 の 1)

### 超音波検査実績

日本超音波医学会理事長 殿

超音波検査実績一覧および抄録に記載のある超音波検査(撮影技術と解剖を含む)は、下記の受験者が当施設において施行したことを証明する。

**証明者記載欄 枠内は証明者の方に記載していただいでください。**

ただし、施設名、所在地、TELは受験生が記載あるいはタイプで打っても問題ありません。 20〇〇年 〇 月 〇 日

施設名 超音波病院 役 職 検査部部长

所在地 東京都神田淡路町 〇- 〇- 〇 氏 名

TEL 03-1234-5678 (証明者  
の自署) 超音波 六郎

\*本証明書の証明者は本会認定の超音波専門医である必要はありません。超音波検査を施行した施設の臨床責任医師ご署名をもらってください。医師がいない場合、施設の責任者(常勤するもの)でも結構です。非常勤医師は認められません。受験生本人による証明は認められません。

**\*ここから下は、受験者自身が記載する**

受験者氏名 神田 一郎

受験臨床領域

**健診領域**

生 年 月 日 19 〇〇 年 〇 月 〇 日生 (男・女)

### 撮影技術と解剖

総画像数	検査年月日	年齢	性別	
18	20〇〇年 4月 1日	44	男	

### 超音波検査実績

\*抄録は疾患コードの順で記載すること(様式3の2も同様)

抄録 番号	検査年月日	年齢	性別	疾患コード
1	20〇〇年 1月 13日	44	男	F-1
2	20〇〇年 1月 14日	56	女	F-1
3	20〇〇年 1月 20日	30	女	F-2
4	20〇〇年 1月 21日	40	男	F-2
5	20〇〇年 1月 27日	35	男	F-3
6	20〇〇年 1月 28日	28	女	F-4
7	20〇〇年 2月 3日	35	女	F-5
8	20〇〇年 2月 4日	46	男	F-5
9	20〇〇年 2月 10日	50	女	F-6
10	20〇〇年 2月 11日	27	男	F-7

\*検査を施行した施設が複数の場合は、施設毎の書類を提出してください。