

様式 49 の 3 の 4

移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法の施設基準に
係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）	科
2 血液浄化療法について 1 年以上の経験を有する医師の氏名等（1 名以上）	
医師の氏名	血液浄化療法の経験年数
	年
	年
	年
3 看護師の氏名（1 名以上）	
4 臨床工学技士の氏名（1 名以上）	