|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 別紙様式８ | 氏　名 |  |
| 診　療　実　績 | | |
| 最近５年間（　　　　年　　月～　　　　　年　　月）の主要な診療実績 | | |
|  | | |

※最近５年間の放射線診断・治療実績に関して自由に記載してください。

※留学などで長期不在期間があれば，その期間を除いて実質５年間にしてください。