【(4)治療実績】

治療実績証明書

年　　月　　日

日本高気圧潜水医学会 代表理事 殿

当院は、年間10症例もしくは年間50回以上の治療を実施していること証明します。また、記載内容に虚偽が無いことを証明します。

施設名

施設長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印