

「医療事故調査」への支援

## 認定証

専門医氏名：\_\_\_\_\_先生

[専門医番号：\_\_\_\_\_又は、生年月日：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日]

(専門医番号、生年月日は、専門医ご自身で記載して下さい)

この度、医療事故調査制度による医療事故調査に外部委員として支援を頂いたこと、事故の原因究明・再発防止へ貢献され、私共医療機関の目指しております医療の安全・医療の質の向上に寄与されたことに深く感謝いたします。

- 事例番号：\_\_\_\_\_ (医療事故調査 支援センターから発行された番号)
- 支援内容(該当1つに「✓」を入れる):
  - 調査委員会の委員長として、報告書の作成等、深く係わられた
  - 調査委員会委員として、委員会へ参加された
  - 報告書の査読等、調査に協力された(委員会への参加はない)

令和\_\_\_\_\_年(西暦\_\_\_\_\_年)\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

医療機関：\_\_\_\_\_

所在地：\_\_\_\_\_

院長(管理者)：\_\_\_\_\_ ⑩