**臨床実務経験証明書**

**申請者氏名**　　　　　　　　　　　　　　　**生年月日** 　　　年　　　月　　　日

**上記の者は、当培養室において**

　　　　　　年　　　月　　　日　　　　～　　　　　　　　年　　　月　　　日　の間

**実務経験があり、かつ精子調整、採卵から胚移植までの胚操作を含む培養室業務の工程を30症例以上経験していることを証明する。**

年　　　月　　　日

**施設名**

**施設長または所属科長　署名**　　　　　　　　　　　　　　印