**３学会承認　脳血栓回収療法実施医審査　　　　　　　 　　　 様式603**

**診断血管撮影施行施設の証明書**

**志願者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**志願者は当施設で　　　　　　 例の診断脳脊髄血管撮影を術者として行ったものに相違ないことを証明する。**

**施設名**

**部・科長氏名**

**（自著または捺印のこと）**