（西暦）　　　　年　　月　　日

一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会　御中

住　所

施設名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

非血縁者間造血幹細胞移植診療科の認定申請について

　標記の件につきまして、下記の書類を添えて申請いたします。

別添資料

* 移植施設認定基準 チェックリスト