

様式 1

(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