〔様式6〕

**認専門HCTC資格更新申請証明書**

　　　　 　　　　　　氏は、一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会　専門HCTCの資格更新を申請するにあたり、以下について証明します。

記

１．専門HCTC取得後、HCTCとしての実務経験を有していること

２．資格更新申請書類の様式1から様式5および様式7の記載内容に間違いがないこと

以 上

施設名：

署名日時：　西暦　　　　年　　　月　　　日

移植責任医師＜自署＞：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

署名日時：西暦　　　　　年　　　月　　　日

施設長＜自署＞： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印