〔様式4〕

**担当ドナーリスト**申請者氏名

**＊1 申請から直近の症例を採取年月日の古い順から記入してください。規定数以上の記入は不要です。**

**申請時点で提供予定（未来日）の事例は件数に含みません。**

**＊2 ドナー15件の内、血縁ドナー5件以上を含めて記載してください。**

**＊3 提供に至った血縁ドナーはドナー登録番号、非血縁ドナーは骨髄バンクドナーIDを記入してください。**

**＊4 HCTCの介入開始時期は、HLA検査時、採取前健診時、その他（自由記載）等で記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事例**  **番号** | **ドナー年齢** | **ドナー性別** | **提供年月日**  **\*1** | **提供方法**  **BM・PB** | **血縁・非血縁**  **\*2** | **ドナーID**  **\*3** | **介入開始時期**  **\*4** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |

〔様式5〕

**担当ドナー支援報告書**申請者氏名

**HLA検査の時点から介入していない場合でも、施設内にHLA検査の段階からHCTCが介入する体制が構築されていれば、カウントとして認めます。また、HLAが適合しなかった、提供に至らなかった、採取後健診が他院で実施された等の場合でも、十分な相談、支援が行われていればカウントとして認めますので、以下に、事例の簡単な紹介および相談内容や行った支援について記載してください。必要に応じて書式を変更していただいて結構です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 事例番号 | 内　　容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |