〔様式10〕

**認定HCTC認定申請証明書**

　　　　　　　　　　氏は、一般社団法人日本造血細胞移植学会　認定HCTCを申請するにあたり、当施設においてHCTCとしての実務経験と資質を有し、認定申請書類の様式1から様式9の記載内容に間違いがないことを証明いたします。

施設名：

署名日時：　　　　年　　　月　　　日

移植責任医師〈自署〉：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

署名日時：　　　　年　　　月　　　日

施設長〈自署〉： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印