

担当医証明書*1)

氏 名 : _____

生年月日 : _____年____月____日生

上記の者が、次記一元管理番号の患者の造血細胞移植診療を行ったことを証明いたします。

一元管理番号 : _____

期間 : _____年____月____日から____年____月____日

上記の通り相違ありません。

_____年____月____日

施設名 : _____

所属長*2)氏名 (署名) : _____

*1) 認定医申請医師名欄に申請者本人の氏名が記入されていれば、本証明書は不要。

*2) 一元管理番号に該当する施設の教授、部長、科長などを指す。申請者が所属長の場合、病院長など施設長の署名を要する。または、該当の TRUMP 認定医申請書式に氏名が記入されている認定医申請医師 (所属、職位は問わない) による証明でも可。