非血縁者間骨髄・末梢血幹細胞移植認定施設**\*1**における在籍証明書

　　　氏　　名 ：

生年月日 ： 年 月 日生

上記の者が、次記施設に赴任し、併記の期間、造血細胞移植診療を行ったことを

証明いたします。

施設名 ：

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・所属名：

所属長**\*2**氏名（署名）：

\*1　日本骨髄バンクの移植認定施設を指す。

\*2　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。

本在籍証明書は、1年以上の在籍が証明できれば1通の提出で可。あるいは複数の証明書で合計1年以上の在籍が証明できれば可。