

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。