骨髄採取に関する証明書

氏　　名 ：

生年月日 ： 年 月 日生

上記の者が、次記施設において、併記の採取日に骨髄採取を行ったことを証明いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** | **採取日** |
|  | 年 月 日 |
|  | 年 月 日 |
|  | 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\*氏名（署名）：

\*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。