

## 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。