

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。