

採取実績に関する証明書

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または末梢血幹細胞採取を行ったことを証明いたします。

<骨髄採取>

施設名	採取日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

<末梢血幹細胞採取>

施設名	採取日
	年 月 日

*採取実績は、骨髄および末梢血幹細胞を合わせて3例以上とし、うち骨髄採取実績を2例以上含むこと。

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。