

(参考様式)

年 月 日

証 明 書

(下関市骨髄等移植ドナー支援助成金用)

公益財団法人 日本骨髄バンク
理事長



骨髄バンク事業に関する手続きについて次のとおり証明します。

1 氏 名 _____
(生年月日: _____年 月 日生)

2 最終同意のための面談をおこなった日 _____年 月 日

3 骨髄又は末梢血幹細胞の提供が完了した日 _____年 月 日
最終同意の後に骨髄又は末梢血幹細胞の提供が中止になった場合は、中止となった日
中止となった場合はその理由 _____

4 骨髄又は末梢血幹細胞の採取を行った場所 _____

5 骨髄又は末梢血幹細胞の提供のために通院、入院又は面談をおこなった日

最終同意のための面談をおこなった日		
年 月 日		
健康診断のために通院した日(最終同意をした日以後に、骨髄又は末梢血幹細胞の採取の前後に行われる健康診断)		
年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日
自己血貯血のために通院した日		
年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日
骨髄又は末梢血幹細胞の採取のために入院した日		
年 月 日から 年 月 日まで (計 日)		
その他骨髄バンクが必要と認めて行った通院、入院又は面談をおこなった日		
年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日

骨髄又は末梢血幹細胞の採取のための手術及びこれに関連した医療処置によって生じた健康被害に係る通院、入院及び面談の日は除く。