

見本

骨髓提供に関する予定通知

様

非血縁者間骨髓移植に関しまして、以下の手続きを行う予定ですので、
ご確認下さい。

1．日時 自 0000 年 00月 00日 00時 00分
至 0000 年 00月 00日 00時 00分

2．場所 < 施設名 >

3．要件 < 確認検査 / 骨髓採取に伴う入院 > など

なお、正式な証明書が必要な場合は要件終了後に発行致します。

0000 年 00月 00日

財団法人 骨髓移植推進財団
事務局長