

年 月 日

## 証 明 書 (骨髓バンクドナー給付用)

公益財団法人 日本骨髓バンク

非血縁者間造血幹細胞提供に関する採取術が実施されたことについて、  
以下のとおり証明する。

1. 氏 名 \_\_\_\_\_ 様

( 性別:  男 ·  女 / 生年月日: 年 月 日生 )

2. 採取日 ① \_\_\_\_\_ 年 月 日

② \_\_\_\_\_ 年 月 日

※採取を複数日行っている場合は全て記入

3. 採取に伴う入院期間 ※以下日程が空白の場合は入院せず外来で採取

自 \_\_\_\_\_ 年 月 日

至 \_\_\_\_\_ 年 月 日

4. 場 所 \_\_\_\_\_

5. 採取方法 (該当する方に✓)

骨髓採取 ·  末梢血幹細胞採取

■本件に関するお問い合わせ: 公益財団法人日本骨髓バンク ドナーコーディネート部

電話: 03-5280-2200