

年 月 日

## 証 明 書 (骨髄バンクドナー給付用)

公益財団法人 日本骨髄バンク  
理事長 小寺 良尚 印

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  
自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

4. 場 所 \_\_\_\_\_

5. 採取方法 (該当する方に✓)

骨髄採取      ·       末梢血幹細胞採取