

証明書

_____年_____月_____日

公益財団法人 日本骨髄バンク
理事長 小寺 良尚 ㊟

骨髄バンク事業に関する下記の手続きがなされたことを証明する。

1. 氏名 _____

2. 場所 _____

3. 目的および期間 (✓印のついたもの)

補助対象外

確認検査等に関するコーディネーターからの説明 _____年_____月_____日 : ~ :
(□採血含む)

確認検査のための採血 _____年_____月_____日 : ~ :
_____年_____月_____日 : ~ :

骨髄採取/末梢血幹細胞採取に関するコーディネーターからの最終説明および同意書の作成 _____年_____月_____日 : ~ :
_____年_____月_____日 : ~ :

骨髄採取/末梢血幹細胞採取前の健康診断 _____年_____月_____日 : ~ :
_____年_____月_____日 : ~ :

骨髄採取時に用いる自己血保存のための採血 _____年_____月_____日 : ~ :
_____年_____月_____日 : ~ :

補助対象

末梢血幹細胞採取前の顆粒球コロニー刺激因子 (G-CSF) の注射 _____年_____月_____日 : ~ :
_____年_____月_____日 : ~ :
_____年_____月_____日 : ~ :

骨髄採取/末梢血幹細胞採取に伴う入院 _____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日

骨髄採取/末梢血幹細胞採取後の健康診断 _____年_____月_____日 : ~ :
_____年_____月_____日 : ~ :
_____年_____月_____日 : ~ :
_____年_____月_____日 : ~ :