

細胞治療認定管理師 申請用業績証明書

申請者氏名 _____
 (申請者自署)

通算細胞調製歴： _____ 年 _____ 月 _____ 細胞調製件数： _____ 件

通し番号	調製内容※	施設名※※	年月日
(例)	例 骨髄単核細胞分離		2000 年 11 月 9 日
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日
4			年 月 日
5			年 月 日
6			年 月 日
7			年 月 日
8			年 月 日
9			年 月 日
10			年 月 日

※直近の10件を中心に記載してください。(10件のうち、実際の細胞調製(いわゆるプロセス部分)が半分(5例)以上あること)。※調製内容や施設名に関しては、必要に応じて、別紙(形式自由)で説明をお願いします。

上記の者が上記内容について、実際に細胞治療用の細胞調製に携わっていたことを証明します。

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属長または輸血責任医師氏名(署名) _____

職位 _____