様式　1-3

**細胞治療認定管理師 申請用推薦状**

　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　（申請者自署）

　上記の者は、細胞治療に関する正しい知識と技術、能力を有している□医師、□臨床検査技師・□衛生検査技師・□薬剤師・□臨床工学技士・□看護師・□その他（　　　　　　　）であり、細胞治療認定管理師申請者として適格であることを認め、責任をもって推薦します。

推薦者氏名（所属長または輸血責任医師）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（推薦者自署）

　　　　　　職位

(西暦)　　　　年　　　月　　　日