

## 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