

## 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、細胞（組織）を採取後に目的とする細胞を分離または濃縮、培養、凍結保存、解凍、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 \_\_\_\_\_