様式　1-2

**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 ヶ月　　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