　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式　３-１

**学会認定**・**アフェレーシスナース　受験申請者推薦書**

**（所属長（看護部長またはそれに代わる者）または血液センターの所長）**

**推薦書**

　　　　　受験申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　（申請者自署）

　上記の者は、アフェレーシス看護に関する正しい知識と技術、能力を有しており、学会認定・アフェレーシス試験受験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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　　月　　　日

　　　　　推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　（推薦者自署）

　　　　　推薦者の職位

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式　３-２

**学会認定・アフェレーシスナース　受験申請者推薦書**

**（輸血責任医師または採血課長）**

**推薦書**

　　　　　受験申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　（申請者自署）

　上記の者は、アフェレーシス看護に関する正しい知識と技術、能力を有しており、学会認定・アフェレーシス試験受験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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　　月　　　日

　　　　　推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　（推薦者自署）

　　　　　推薦者の職位

様式　３-３

**学会認定・アフェレーシスナース　受験申請者推薦書**

**（採血課長に代わる者）**

**推薦書**

　　　　　受験申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　（申請者自署）

　上記の者は、アフェレーシス看護に関する正しい知識と技術、能力を有しており、学会認定・アフェレーシス試験受験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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　　月　　　日

　　　　　推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　（推薦者自署）

　　　　　推薦者の職位